NDEMIJSKI SIFILIS U BOSNI

ANKETA ŠKOLE NARODNOG ZDRAVLJA U ZAGREBU

UREDIO:

DR. A. VULETIĆ

ZAGREB 1939

NAKLADA ŠKOLE NARODNOG ZDRAVLJA U ZAGREBU

ENDEMIJSKI SIFILIS U BOSNI

ANKETA ŠKOLE NARODNOG ZDRAVLJA U ZAGREBU

UREDIO:

DR. A. VULETIĆ

ZAGREB 1939

NAKLADA ŠKOLE NARODNOG ZDRAVLJA U ZAGREBU

SADRŽAJ

SVRHA ANKETE I NJEZINA ORGANIZACIJA

A. Vuletić

Problem endemijskog sifilisa u Bosni i Hercegovini već decenijama ne silazi s dnevnog rada. Posljednjeg decenija, međutim, unišao je u akutnu fazu, naročito kad su se s više strana izražavale bojazni, da bi naš end. sifilis, koji je navodno »benignog« karaktera, uslijed sistematski započete akcije oko njegova suzbijanja (1927) mogao izgubiti svoj pretežno »dermotropan« i »blag« karakter i postati sifilis sa svim teškim visceralnim i nervnim oboljenjima, koja su navodno dotad bila nepoznata kod end. sifilisa. Ti glasovi su se javljali pod utjecajem Willmanns-ove teorije, da moderno liječenje pogoduje stvaranju visceralnog luesa, naročito kardiovaskularnog sistema, kao i povećanju broja luesa parenhimatoznog živčanog sistema (tabesa i paralize). Odgovornost liječnika, koji su imali zadaću da likvidiraju endemijski sifilis kao oboljenje najširih razmjera u seljačkom narodu, bila je to veća, što nije bilo nikakvih protivnih dokaza. Naprotiv, gotovo iz svih krajeva svijeta javljali su domaći liječnici, da su tabes i paraliza gotovo nepoznate bolesti kod primitivnih naroda, gdje lues vlada u veoma velikim razmjerima, a nije liječen. Sasvim je razumljivo, da je taj problem postao jedan od najaktuelnijih u venerologiji i Willmannsova teorija morala se je što prije ili potvrditi ili opovrgnuti. To je bilo moguće jedino na taj način, da se anketa stručnjaka uputi u koju zemlju, gdje je sifilis endemijski i vlada u velikim razmjerima i gdje sifilis nije još uopće liječen. Utvrdi li se u takvom jednom endemiiskom kraju, da postoje također oboljenja visceralnib organa i parenhimatoznog živčanog tkiva, bila bi definitivno oborena Willmannsova teorija.

Godine 1926 organizirali su Jessner i Rossiansky ekspediciju stručnjaka i odabrali kao najpogodnije žarište Burjato-Mongoliju, gdje je sifilis bio endemijski u visokom procentu. O rezultatima te ekspedicije stručniaka, koji su djelomično objavljeni 1929, a glavni, neurološki dio 1935, govorit ćemo opširnije u poglavlju o epidemiologiji. Ovdje samo navodimo, da je spomenutom anketom nedvoumno utvrđeno, da između evropskog i burjato-mongolskog sifilisa nema nikakvih bitnih razlika i da se i tamo pojavljuju isto tako oboljenja aorte i parenhimatoznog nervnog tkiva (paralize i tabesa) kao i kod evropskog sifilisa.

Odmah su se međutim javili prigovori, da se rezultati te ankete ne mogu primijeniti na sve endemije sifilisa na svijetu, jer postoji mogućnost, da su razne endemije uzrokovane raznim sojevima spiroheta (pristaše raznih sojeva sp. p.). Nije dakle ništa drugo preostalo, nego da za svaku endemiju napose kompetentni forum stručnjaka utvrdi, postoje li oboljenja centralnog nervnog sistema i visceralnih organa.

Kao šef akcije za suzbijanje endemijskog sifilisa u travničkoj oblasti došao sam odmah nakon spomenute publikacije u dodir sa prof. Jessnerom u Breslavi na Jadassohnnovoj klinici, koji je organizirao burjato-mongolsku ekspediciju. Godine 1929/30 posjetio sam i osobno kliniku u Breslavi, gdje me je prof. Jessner opširno upoznao sa problemom end. sifilisa u Mongoliji i sa organizacijom njihove naučne ekspedicije. Tom prilikom sam uputio Jessnera u razna mišljenja o endemijskom sifilisu u Bosni kao i u fakat, da smo i mi pod utjecajem Glückove škole oboljenja par. nervnog sistema, ukoliko smo ih uopće nalazili, a priori smatrali sporadičnim sifilisom, donesenim u ove krajeve u svjetskom ratu vojnicima nakon demobilizacije ili iz gradova gdje i kod nas postoji sporadični sifilis sa svim manifestacijama kao i kod evropskog sifilisa. Koncem 1930 godine predložio sam Min. nar. zdr. da se organizira po uzoru burjato-mongolske ekspedicije anketa u našim endemijskim krajevima, budući da sam mišljenja, da su oboljenja parenhimatoznog nervnog tkiva, koja sam našao, endemijskog a ne sporadičnog podrijetla i da ta anketa treba definitivno da utvrdi faktično stanje. Tadašnji načelnik A. Štampar je odmah uvidio veliku korist te ankete, pa je ideju prihvatio, no s njegovim odlaskom iz Ministarstva realizacija te ideje je odgođena. Godine 1931 u svom izvještaju Hig. sekciji Društvu Naroda istakao sam također važnost problema endemijskog sifilisa u Bosni nakon rezultata burjato-mongolske ekspedicije i tražio suradnju za rješavanje toga problema. Ni s te strane, međutim, nije bilo nikakvih konkretnih posljedica. U »Liječ. Vjes.« 1931 br. 1 Kogoj preporučuje anketu u istu svrhu po uzoru burjatsko-mongolske ekspedicije. No i taj apel ostaje bez rezultata. Kogoj stoga 1933 god. stavlja na dnevni rad našeg Dermatovenerološkog kongresa u Zagrebu endemijski sifilis kao glavnu temu, u nadi, da će se pojmovi konačno raščistiti. Na tom kongresu svi referenti sa terena endemijskog sifilisa zadržali su na osnovu svojeg iskustva mišljenje Glückovo, da se naime end. sifilis u Bosni bitno razlikuje od sporadičnog, s obzirom na to, što se uopće ne pojavljuju ili vrlo rijetko oboljenja parenhimatoznog nervnog sistema, kardiovaskularnog aparata, unutarnjih organa i t. d. kako je to već Glückova škola zastupala. Ja sam međutim u svom opširnom referatu i na osnovu svog velikog materijala (14.000 luetičara) utvrdio naprotiv, »da ne postoji nikakva bitna razlika između end. i spor. sifilisa, da ne postoji razlika u izboru napadnutih organa, da se i kod end.



Pred našom ambulantom (Škola u Vitovlju)

(Foto Dojmi)



Majka sa djecom na pregledbi — Vitovlje, Vlašić

(Foto Gušić)



Kuća u Vitovlju na Vlašiću

(Foto Gušić)



Na konjima preko Vlašića

(Foto Dojmi)



Pred našom ambulantom u Opari

(Foto Gušić)



Predjel na Vlašiću

(Foto Dojmi)

sifilisa pojavljuju primarni afekti, oboljenja krvnih žila i ostalih unutarnjih organa, te da se isto tako pojavljuju i oboljenja parenhimatoznog nervnog tkiva«. Zbog toga »da ne postoje faktori koji bi opravdavali zaseban položaj našeg sifilisa u sifilidologiji, jer razlike u koliko i postoje, uslijed nesistematskog pregleda i nedovoljnih metoda, nisu kvalitativnog, već čisto kvantitativnog karaktera. Ne postoji nijedna manifestacija end. sifilisa, koja se ne pojavljuje i kod sporadičnog i obratno«. U pogledu raznih sojeva spiroheta dalje sam tvrdio, »da postoji jedan jedinstveni virus sa t. zv. »dermotropnom« i »neurotropnom« komponentom, koje se između sebe razno kombiniraju, ali ne isključuju, jer ne postoji antagonizam između teških kožnih manifestacija sekundarne i tercijarne prirode i metaluetičnih oboljenja«.

Kako su dakle postojala dva potpuno oprečna mišljenja na kongresu, predložio sam u sporazumu sa K o g o j e m rezoluciju Ministarstvu, da se organizira što prije znanstvena anketa stručnjaka, koja će to pitanje definitivno riješiti. Kongres je tu rezoluciju primio jednoglasno. Ministarstvo je taj čitav predmet ustupilo Školi nar. zdravlja u Zagrebu, kao socijalno-medicinskoj ustanovi, koja se bavi i proučavanjem socijalnih bolesti. Zahvaljujući velikom shvatanju i zauzimanju direktora Škole dra B. B o r č i ć a i Š t a m p a r a kod Rockefellerove fondacije, stvorene su nakon toliko godina i uzaludnih pokušaja mogućnosti, da se anketa ostvari. Rockefellerova je fondacija dala u tu svrhu 50.000 dinara za I. anketu 1934 i 10.000 din. za II. anketu 1935.

Na taj način je Školi bilo omogućeno da pristupi rješavanju toga akutnog socijalno-venerološkog problema. Škola je organizaciju povjerila meni i pozvala na suradnju medicinski fakultet u Zagrebu. Treba naročito istaknuti, da se je med. fakultet najpripravnije odazvao pozivu Škole i izabrao iz svojih redova poznate stručnjake.

Koristeći se iskustvima Jessnerovim, predložio sam za vršenje ankete teren koji sam vrlo dobro poznavao iz svoga dugogodišnjeg rada — travničku oblast. Kako sam u tom kraju počeo s organiziranjem akcije oko suzbijanja sifilisa tek početkom 1928 god., to je bilo još naselja koja nisu uopće ni istražena ni liječena. Bilo je dakle skrajnje vrijeme, da se naša anketa uputi, jer bi se njezinim odlaganjem izgubila mogućnost da se vrše ispitivanja u neliječenim krajevima, budući da se je zadnjih godina akcija oko suzbijanja sifilisa pojačala.

Da bi se problem endemijskog sifilisa u Bosni osvijetlio sa svih strana, bilo je potrebno proučiti ne samo epidemiološku i kliničku stranu njegovu, nego se je trebalo upoznati i sa svim socijalnim, ekonomskim, kulturnim i prosvjetnim prilikama u tom kraju, jednom riječi sa svim faktorima koji imaju utjecaja na narodni život.



Pred našom ambulantom u Rankovićima

(Foto Gušić)



Članovi ankete u Gor. Vakufu

(Foto Zakarija)

Tehnička organizacija

Nakon nekoliko sastanaka organizirana je I. anketa u junu 1934 god. iz slijedećih članova: prof. F. Kogoja i A. Vuletića kao venerologa, V. Frankovića kao serologa, prof. R. Lopašića kao neurologa, doc. B. Gušića kao otologa, doc. B. Dragišića kao pedijatra, prim. V. Boića kao internista, doc. A Španića kao oftalmologa, dr. Rybkina kao rentgenologa i dr. Plasaj kao venerologa za ženske. U Travniku dočekali su nas dr. L. Dojmi i dr. D. Orlić kao venerolozi na terenu i priključili se našoj I. anketi. Sa strane Škole nar. zdravlja dodijeljen je anketi J. Rasuhim kao socijalni medicinar i Lj. Popović kao publicist. Osim toga učestvovali su u I. anketi i tri laboranta.

Najteži problem je bio pitanje rentgena. Škola nam je stavila na raspolaganje svoj portativni mali Siemensov rentgenski aparat, koji smo na žalost mogli vrlo slabo iskoristiti, pa su snimke aorta pravljene u glavnom na rentgenu travničke bolnice. Zbog toga velik broj bolesnika sumnjivih na aortitis nije mogao biti pregledan, jer bolesnici, koji su upućivani sa sela u Travnik, nisu, što je razumljivo, svi dolazili.

Na 2. VIII. stigli su svi članovi ankete u Travnik, pa je utvrđen u sporazumu sa dr. Orlićem tačan plan rada. Zahvaljujući velikoj susretljivosti i tehničkoj i stručnoj pomoći njegovoj, naš rad se odvijao po planu. U našoj prvoj anketi bila su naša glavna sjedišta Vitovlje, Mehorići, Travnik, Opara, G. Vakuf, odakle su članovi ankete odlazili u pojedina sela, za koja je bilo poznato da su zaražena sifilisom.

U Vitovlje smo stigli na konjima 3. VIII. To je selo na Vlašić planini, od nekoliko kuća, oko 1200 m nad morem. Za rad smo uzeli jedinu moguću zgradu, osnovnu školu, koja je zbog školskih praznika bila prazna. Pored svog materijala, potrebnog za vršenje ankete, prenijeli smo na konjima i naš portabilni rentgenski aparat.

Pregledi su se vršili na improviziranim sjedištima i stolovima (školske klupe, sanduci itd.) na taj način, da je jedan liječnik uzimao anamnezu, onda s anamnezom slao drugom »stolu«, venerolozima, koji su izvršili pregled kože i sluznica i izvadili krv za WaR, a zatim je svaki pacijent slan relom internisti, okulisti, neurologu, otologu i ev. rentgenologu. Izvjestan broj pacijenata je otišao prije nego što je pregledan od svih stručnjaka. Djecu je pregledavao Dragišić. U Vitovlju su se vršili pregledi do 8. VIII. prosječno sa 8 sati dnevnog rada u veoma nezgodnim prostorijama. Čak i naša »spavaonica« morala je po danu biti upotrebljena za okulističke i serološke preglede. »Spavaonica« je bila u jednom razredu, gdje su na podu bile postavljene slamnjače.

8. VIII. krenuli smo na 30 konja sa našim stvarima (i rentgenom!) preko cijele Vlašić planine u selo Mehoriće. Nakon 6 sati jahanja smjestili smo se relativno udobno u prostorijama osnovne škole. Radi se po istoj metodi kao i u Vitovlju. 14. VIII. otišla su trojica članova ankete (Kogoj, Dragišić, Gušić) u selo Korićane na Vlašić planini radi pregleda tamošnjeg naroda. Ostali ostaju i nadalje u Mehorićima kao centru, kamo dolaze na pregled sva okolna sela. Sve do 18. VIII. zadržava se anketa u Mehorićima, odakle pojedine grupe članova obilaze i susjedna sela. Na 19. VIII. selimo u grad Travnik, odakle odlazimo preko dana na vršenje pregleda u Oparu i okolinu te Rankoviće sa susjednim selima, a u večer se vraćamo u grad. 21. VIII. prenosimo naš rad u susjedni kotar, bugojanski, ispostavu G. Vakuf. Jedan dio članova otputovao je pješice preko Šebešića, a drugi vlakom, odnosno autom. U G. Vakufu nam se pridružuje dr. Zakarija, upravnik D. N. Z. u Livnu i dr. Ivičević šef zdrav. stanice u G. Vakufu, u kojoj smo vršili jedan dio pregleda. Od 22.—27. VIII. radi se stalno na terenu G. Vakufske ispostave, kako u samom mjestu, tako i u selu Privor,

Jelići i t. d., gdje sifilis vlada u ogromnom procentu (70%). Na 28. VIII. svršetak rada i rastanak članova. U G. Vakufu članovi ankete stanovali su po gostionicama i privatnim kućama.

U svemu je pregledano u I. anketi oko 4000 ljudi, od toga oko 3000 odraslih i oko 1000 djece, što je s obzirom na svega 20 radnih dana neobično velik broj. Prema tome je dnevno bilo pregledano 200 ljudi uz prosječno 8-satni rad. U svim mjestima, gdje smo se dulje vrijeme zadržavali, prikazivao je Rasuhin seljacima filmove Škole nar. zdravlja o endemijskom sifilisu i o drugim bolestima. Za film je vladao uvijek vrlo velik interes i oko 200—300 ljudi posjećivalo je svaki put prikazivanje. Treba naročito zahvaliti šefu hig. otsjeka M. s. p. i n. z. g. dr. Ivi Kunu, koji nas je pomagao u svim prilikama, i koji nas je dapače posjetio na samom terenu u Mehorićima, zajedno sa direktorom Hig. zavoda u Sarajevu g. dr. Kaunitzom, koji nam je išao također u svakom pogledu na ruku. Nadalje zahvaljujemo svim školskim i upravnim vlastima, koji su se također nastojali da nam pomognu, gdjegod je to bilo potrebno, kao i »Kaštelu«, Kemiki, Rave, Jugofarmaciji, Mercku, Sandozu, koji su nam dali izvjesnu količinu svojih lijekova besplatno na upotrebu.

Dok se je I. anketa bavila u srcu endemije, u travničkom i bugojanskom kotaru, druga anketa je vršila ispitivanja u kotaru cazinskom i bišćanskom — na periferiji.

Kako smo željeli da naš materijal iz I. ankete nadopunimo i nalazima iz posve drugog kraja endemije, izabrali smo spomenute kotareve u bosanskoj krajini. U septembru 1935. god. uputili smo se u te krajeve i to kao venerolozi Kogoj i Vuletić, a ka neurolog Lopašić. Zadržali smo se svega 7 dana. Tako kratak boravak omogućen nam je zbog toga, što je na moju molbu g. dr. S. Sjelski, upravnik D. N. Z. u Bihaću, pripremio i odabrao sve bolesnike, koji su bili od interesa za našu anketu, naročito one sa sumnjom na koje neurološko luetično oboljenje. U svemu smo pregledali oko 800 ljudi, od kojih je bilo oko 200 luetičara. S obzirom na izabrani materijal nismo naravno ni mogli stvarati zaključaka u pogledu učestalosti pojedinih luetičnih manifestacija. Nama se u glavnom radilo samo o tom da utvrdimo, postoje li i u ovom dijelu bosanske endemije oboljenja centralnog nervnog sistema luetične naravi i primarni afekti. Zahvaljujući velikoj susretljivosti i pomoću g. dr. Sjelskog mogli smo i to pitanje u tako kratkom roku povoljno riješiti. Glavno sabiralište bila nam je bolnička ambulanta u mjestu Cazinu, kamo su bolesnici dolazili iz svih sela. Tu su se vršile i punkcije. Ali smo odlazili i u sela na putu iz Cazina u Bihać. S obzirom na navedenu specijalnu svrhu ove druge ankete i na ograničena sredstva, nismo angažirali sve stručnjake koji su s nama učestvovali u I. anketi. No držimo, da smo uza sve to odgovorili postavljenoj zadaći i pridonijeli znatan udio, da se problem endemijskog sifilisa u Bosni što svestranije osvijetli.

SOCIJALNE I EKONOMSKE PRILIKE TRAVNIČKE OBLASTI*

Lj. Popović.

Zahvaljujući anketi liječnika što ju je organizirala Škola Narodnog Zdravlja u Zagrebu za proučavanje endemijskog sifilisa, ukazala se prilika da se uporedo sa liječnicima, koji obično uživaju povjerenje i naprimitivnijih masa, lakše prebrodi tradicionalno nepovjerenje seljaka, i iz neposredne blizine razmotri njegov socijalno-ekonomski položaj. To se činilo utoliko prikladnijim što i za razumijevanje zdravstvenih prilika treba neophodno poznavati način života onih koji se ispituju i, poglavito, materijalne prilike pod kojima žive.

Krajevi koje je anketa posjetila, leže u travničkom i bugojanskom srezu, u planinama poznatim pod imenom »Vlašić«, na čijim su se visoravnima ispod vrhova od oko 2000 metara visine vršila ispitivanja, kao i na zapadnim obroncima njegovim, u oblasti rijeke Bile. Anketa je sišla i južno od Travnika, u šebešićke planine, da završi svoj rad u oblasti Gornjeg Vakufa, u bugojanskom srezu.

Položaj bosanskog seljaka oduvijek je smatran teškim i nesretnim. Ali se rijetko ulazilo u pojedinosti i ispitivalo izbliže u čemu leži teškoća njegovog položaja, koji su izgledi njegove budućnosti? Takav pothvat bi bio zamašan posao, ali žrtve date za njega ne bi bile nekorisne. Ne će biti nekorisno ako se i na jedan dio Bosne baci malo više svijetla i priđe malo bliže tom čemernom bosanskom seljaku.

Da bismo mogli dobiti jasniju sliku o proučavanim slučajevima i posjećenim selima, potrebno je da prikažemo opće stanje sreza. Neke uporedne brojke iz statistika drugih država i iz opće statistike Jugoslavije istaći će bolje dobre i rđave strane travničkih prilika.

Stanovništvo

Travnički srez imao je 1933 godine 23.554 (52%) muških, 21.649 (48%) ženskih stanovnika, ukupno 45.248 duša. Od toga je po vjerama bilo 21.001 katolika (46.5%), 18.660 muslimana (41.3%), 5.236 pravoslavnih (11.6%), 234 mojsijevaca i 27 ostalih. Na kvadratni kilometar dolazilo je 25.3 stanovnika (Jugoslavija 56.3 — 1931).

Godine 1933. rodilo se: muških 1182 (51%), ženskih 1137 (49%), ukupno 2319 duša. Umrlo je 1290 duša, od kojih 678 (53%) muških i 602 (47%) ženske. Prirast je bio 1039 duša, od kojih 504 muških (48.5%) i 535 ženskih (51.5%).

Po godinama starosti od svih umrlih do prve godine umrlo je 515 duša ili 39.5%. Znači, da je do prve godine umrlo skoro dvije petine od ukupnog broja umrlih. Od 2.—5. godine umrlo je 240 duša ili 16%. Dakle do pete godine umrlo je 709 duša (55.5%), više nego polovina svih umrlih.

* Skraćeno prema S. k. glasniku 1934. god., knj. XLIIII. br. 2 i 3, gdje je ovaj rad štampan u cijelosti pod naslovom: Život travničkih seljaka.

Negdje odnos umiranja predstavlja pravo dječje groblje. U Korićanima je 1932. godine umrlo ukupno 24 lica i od njih je bilo 21 dijete (88%). God. 1933. u istom selu umrlo je 30 lica od kojih 26 djece (87%). Kad se pita za uzrok smrti djeteta, odgovaraju: »Razboli se, boluje i umre«. Kao da tako mora da bude. Jedan seljak pomor djece objašnjava ovako: »Crnoj zemlji se ne može dovoljno naroditi« (Dedići).

Usporedne brojke sa nekim drugim zemljama pokazuju najbolje kako rezignirano primana umiranja djece u travničkom srezu izgledaju drugdje.

Na 1000 stanovnika	rodilo se	umrlo	prirodni prirast u ‰
Travnički srez (1933.)	51.5	28.3	23.2
Jugoslavija (1931.)	33.6	19.8	13.8
Bugarska (1932.)	31.3	16.2	15.1
Grčka (1932.)	28.5	18.0	10.5
Rumunjska (1933.)	32.0	18.7	13.3
Čehoslovačka (1933.)	19.2	13.7	5.5
Madžarska (1933.)	21.6	14.7	6.9
Danska (1933.)	17.3	10.6	6.7
Francuska (1933.)	16.3	15.8	0.5
Nizozemska (1933.)	20.8	8.8	12.0
Švicarska (1933.)	16.4	11.4	5.0

Nijedna zemlja na svijetu ne pokazuje toliko ogromno rađanje kao travnički srez. Najbliže su Palestina sa 44, Costarica sa 43.8 i Egipat sa 42.9. U pogledu umiranja stoji ispred travničkog sreza samo Egipat sa 28.8, gdje stanje felaha sigurno nije bolje, a ni gore od stanja u travničkom srezu. Sve druge zemlje, izuzev možda afričke urođeničke zemlje, o kojima Liga naroda ne raspolaže podatcima, pokazuju manje umiranje djece. Doduše, u pogledu godišnjeg prirasta stanovništva travnički srez stoji odlično, na prvom mjestu ispred svih ostalih država.

Još je strašniji dokumenat primitivnosti usporedba umiranja djece do prve godine života.

Na 1000 rođenih umrlo je do prve godine života: travnički srez 220, Jugoslavija 165, Bugarska 142, Grčka 129, Rumunjska 174, Čehoslovačka 127, Danska 72, Madžarska 139, Nizozemska 44, Švicarska 48.

Od travničkog sreza gori su samo Chile i Malta sa 258 umrle djece do prve godine života na 1000 rođenih!

Kako je broj rođenih muških veći od ženskih, razumljivo je da i njihov odnos umiranja ide u istom razmjeru, ali pada u oči da se taj odnos mijenja u razdoblju od 21.—40. godine života na štetu ženskih. Udio muškaraca u umiranju u postotcima iznosi 53 prema 47 ženskih, a u spomenutom razdoblju taj odnos ispada 40.5 muških prema 59.5 ženskih. Ta neredovna pojava može se jedino objasniti velikim umiranjem žena kod poroda.

Po vjerama uzevši, odnos rođenih i umrlih ne odgovara odnosu stanovništva. Tako na 46.5% katolika stanovnika sreza rodi se 50.0% i umire 51%, na 41.%' muslimana rodi se 37.2% i umre 39.7%, i na 11.6% pravoslavnih rodi se 12.?% i umre 8.7%'. Muslimani prema tome rađaju se u znatno manjoj mjeri ali i umiru nešto malo manje. Odnos kod pravoslavnih je najbolji.

Među umrlim po vjerama odnos između muških i ženskih isto tako ne odgovara općem odnosu umiranja muških i ženskih. Tako vidimo da se opći razmjer 53 : 47 mijenja kod kato-

lika na 54.1 : 45.9, kod muslimana 50.4 : 49.6 i kod pravoslavnih 56.4 : 43 : 6. Znači, da kod muslimana umire više žena nego što bi po općem broju bilo dozvoljeno. Razlog ovome treba tražiti u izoliranju žene kod muslimana i u izbjegavanju da se oboljele žene liječe.

Među navedenim uzrocima smrti od 1280 smrtna slučaja najviše je uzeo veliki kašalj (263—25.5%) i onda redom tuberkuloza (131 — 10.3%), tifus (117 — 9.2%), difterija (67 — 5.2%), srdobolja (53 — 4.1%). Pod »ostalim bolestima«, uzrocima smrti, ostalo je 535 slučajeva (41.7%). U ove treba ubrojati one za koje onaj navedeni odgovor seljakov kaže: »Razboli se, boluje i umre«.

Ovi opći podatci službene statistike podudaraju se i s nekim ispitanim slučajevima od strane naše ankete liječnika. To se poglavito odnosi na razmjer rađanja i umiranja djece. Od 196 ispitanih obitelji u općini Bili rođeno je bilo 1159 djece. Od tog broja ostalo je živih 710, a umrlo 449. Izlazi da prosječno na jednu obitelj dolazi 5.95 djece, od toga živih 3.66 (61.2%) i umrlih 2.29 (38,8%). U općini Vitovlju na Vlašiću ispitana je 331 obitelj. Rođeno je ukupno 1948 djece od kojih je 1189 ostalo živih i 759 umrlo. Na jednu obitelj dolazi 5.88 djece, živih 3.59 (61.1%) i umrlih 2.29 (38.8%).

Od te 331 obitelji po 20 i više djece rodilo je pet žena. Jedna je rodila čak 28 djece, od kojih su 15 živi, a 13 su umrli. Od 10—20 djece rodilo je 66 žena ili 19.9%. Samo 104 žene rodile su manje od 5 djece (31.5%), a u 20 obitelji uopće nije bilo djece (6.2%).

Glavne demografske karakteristike bile bi: da ima više muških nego ženskih i da se ta razlika sve više ispoljava u korist ženskih; da se rodi više djece nego igdje na svijetu, ali da ih isto tako i umire više nego igdje.

Kulturno i socijalno-ekonomsko stanje u brojevima

Mjerilo kojim se mjeri kulturni stepen stanovništva je njegova pismenost, i ako to na zapadu nije više nikakvo mjerilo. U travničkom srezu i ispostavi u G. Vakufu u tom pogledu je stanje neobično nepovoljno. I ako bi se samo po pismenosti cijenio kulturni stupanj ljudi, prilike tamošnje teško da bi našle premca u nepovoljnom smislu.

U općini Bili, koja je izuzev jednog mjesta (Dolac) isključivo seljačko naselje, na 7616 stanovnika ima svega 531 pismenih. Od 130 ljudi jedva njih 7 ako znaju čitati i pisati. U ponekim selima i zaseocima taj odnos je još gori. Tako ima sela u kojima ni jedan čovjek ne zna pisati. Višnjevo sa 288 stanovnika 0, Orahovo sa 111 — 0, Orlice 70 — 0, Vranić 50 — 0. U drugima nađe se ponеko: Dub: 322 — 2, Bukovica Gluha 396 — 4, Maline 628 — 7, Podovi 289 — 2.

U ispostavi G. Vakuf na 11.110 stanovnika ima samo 1270 pismenih, nekih 11.4%. Ali taj odnos ne daje pravu sliku stanja pismenosti kod seljaka. Građani (G. Vakuf) svojim učešćem uljepšavaju pravo stanje stvari. Statistike ne govore u kakvom je odnosu pismenost muških prema ženskima, ali se može pouzdano tvrditi da na selu, izuzev djece koja su skoro išla i sad idu u školu, nijedna žena ne zna pisati i čitati.

Po vjerama najgore je stanje kod muslimana, ali mnogo bolje nije ni kod kršćana.

P o v r š i n a s r e z a i z n o s i 116.547 hektara, od kojih su:

18.856 ha ziratne zemlje (16.3%)
876 „ bašte (0.6%)
10.670 „ livade (9.1%)
7.408 „ pašnjaci (6.3%)
59.311 „ šume (51%)
19.422 „ neplodno zemljište (16.7%).

Ziratna zemlja je bila zasijana:

13.934 ha zrnastim biljem
172 „ mahunastim „
1.723 „ korjenastim „
273 „ industrijskim biljem (konoplja, lan)
466 „ vrtlarskim „
214 „ stočnim „
2.812 „ na ugaru „

Broj stoke kretao se:

		na kvadratni kilometar	i na 100 stanovnika
14.358	goveda	12.3	31.8
26.401	ovca	22.6	58.4
7.079	koza	16.77	11.5
3.682	svinje	3.1	8.1
115	jahaćih konja	4.3	11.2
359	teglećih „		
4.578	tovarnih „		
68	magaraca		
5	mazgi		
8	bivola		

Prevoznih sredstava bilo je:

546 volovskih kola na 1000 stanovnika 12
409 konjskih „ „ 9
569 vodenica.

Zgrada i ustanova bilo je:

6452 kuće za stanovanje ili 7 stanovnika na 1 kuću
12 katoličkih crkava ili na 1750 katolika 1 crkva
2 pravoslavne crkve ili na 2618 pravoslavnih 1 crkva
31 džamija ili na 660 muslimana 1 džamija
1 sinagoga
3 banke
58 krčama
31 gostionica
5 hotela
181 bosanska kavana
(58 krčama, 31 gostionica, 5 hotela, 181 bosanska kavana:) ili na 165 stanovnika jedna krčma
5 žandarmerijskih stanica
16 škola ili na 2815 stanovnika jedna škola
1 privatna (isusovačka) velika gimnazija
2 građanske škole
1 medresa
1 bolnica (106 kreveta)
3 ambulante
10 liječnika
3 babice
2 ljekarnice
8 odvjetnika.

Zadruga bilo je:

5 poljoprivrednih	3 pošte
7 kreditnih	1 tvornica žigica
1 voćna	1 „ duhana.
1 stočna	
1 sirarska	
1 konjogojstvena	
1 činovnička	

Iz ovih podataka se vidi da na stanovnike ne dolazi ni puna polovina hektara ziratne zemlje (0.41 ha) i u kraju, koji se smatra stočarskim, na tri stanovnika dolazi jedno goveče i na blizu dva stanovnika jedna ovca.

Sela

U manjim grupama od 20—30, nekiput ne više od 5 kuća, stanuju seljaci u selima i zaseocima, koji ukupno čine upravnu jedinicu, općinu. Općina Bila, na primjer, ima 39 sela i zaseoka sa 7616 stanovnika. Naselja su nekad udaljena do 6—7 sati hoda od upravnog sjedišta. Sela i zaseoci su mahom postali iz porodičnih skupina koje su se razgranjivale, ali su tokom vremena sve više gubile taj porodični karakter. Ima još slučajeva da cio zaselak čini jednu porodicu, podijeljenu sada na zasebna gazdinstva (Odžak-Vitovlje), a imena sela i zaselaka, koji su danas izgubili taj karakter, dokazuju da su ranije takvi bili. (Miletići, Sazići, Fazlići). Porijeklo naseljenika je mahom s juga (Kupres, dalmatinsko Zagorje), ali ima ih i sa sjevera (Jajce). Tradicija o porijeklu je uglavnom izgubljena. Saznanje o porodičnim tradicijama ide najdalje do djedova i prezimena mahom vuku korijen od djedovog imena. Često uz djedovsko ime dolazi i staro porodično ime, koje se danas upotrebljava kao neka vrst nadimka.

Iako grupirana, naselja su izgrađena bez ikakvog plana i često se, naročito u selima strmih padina, pojedinim kućama može prići samo preko susjedovog dvorišta. Katolička i pravoslavna sela idu više u širinu, dok su muslimanska zbijenija i na prvi pogled imaju izgled ušorenog naselja bez ulica. Potreba zbijenijih naselja nastala je radi obrane od zvjeradi. U ravnicama su naselja više raštrkana i svako imanje predstavlja zasebno naselje.

Naselja su obično u blizini potoka i izvora i raspolažu vodom za piće. Ponegdje, gdje su posječene šume sasušile ranije izvore, dovlačenje vode postaje teži posao, koji spada u dužnost žena, ili su iskopani bunari.

Uz sela počinju odmah zasijane površine ili livade prema upotrebljivosti zemlje i svojinskim odnosima. Općinskih utrina nema. Zemlja, ako nije lična svojina, državna je. Puteva kojima i kola mogu ići (276 km u cijelom kotaru), ima u župi, ali u planinama služe za saobraćaj samo puteljci za pješake i konje. Škole u koliko ih ima, obično su odvojene od naselja, negdje po sredini između sela i zaselaka. Školska djeca ponekad moraju ići 7—8 km do škole, gdje i objeduju (sobom ponesu hljeba, sira). Groblja (»greblja«) kod kršćana služe cijeloj crkvenoj općini, a muslimani ih imaju pored svojih sela.

Kuće

Kršćanske kuće su isključivo brvnare obično na kamenitom temelju, sagrađene od mekanog drveta, pokrivene daščicama (trenicama). Samo u slučajevima ako je kršćanin kupio kuću od bega, ona je zidana od kamena, i žbukom oblijepljena i okrečena. U novije vrijeme daščice kojima se pokriva krov pribijaju čavlima. Ranije su se užljebljavale, a prije 35—40 godina

pokrivale su se korama od omorike, lubom. Zidovi takvih brvnara su naslagani trupci smreke ili jele, ničim obloženi. Tamo gdje se trupci sastavljaju, dodirne površine su malo isječene da se spriječi ulaz zraka. Kuće siromašnih muslimana također su brvnare, ali materijalno malo boljih su blatom oblijepljene i okrečene. Zidane su na kat kod ovih drugih. Krov se penje strmo u vis sa pokrivenim otvorima za dim, koji se mogu zatvoriti u slučaju velikog vjetra. Raspored kuća je po jednom tipu koji se mijenja u slučaju ako je porodica i suviše mnogobrojna. Površina kuće je različita prema potrebi. Obično, dužina je dvostruka širina. Na dužinskim stranama su jedan prema drugom dva ulaza, tako da je kuća presječena sa ta dva ulaza. Sredina kuće je ognjište, veliki prostor u kome se živi. Zove se »kuća«. S lijeve strane ima dva odjeljenja, jedan za ostavu stvari koje se drže u sanducima i drugi, zvani kuvač, gdje se nalazi, također u sanducima, hrana, pa burad, pribor za pranje rublja, sirenje i druge sitnice. Oba ova odjeljenja nemaju obično tavanicu. O »verigama« iznad ognjišta visi »bakrač« u kome se kuha. Zid, na koji se naslanja ognjište, oblijepljen je blatom i kroz njega vodi jedan otvor za zemljanu peć koja se nalazi u drugom odjeljenju. Na ognjištu, ili uza zid, je »sač« u čemu se »kuva« hljeb. Sač je poveća gvozdena posuda sa istovjetnim poklopcem. Zamiješen hljeb se stavlja u donju posudu, pokriva gornjom i polaže u žar na ognjištu. Tako se peče hljeb. Uza zid je prislonjena sofra, do 30 cm visok okrugli stol koji služi za jelo. Tu je uza zid udjenut i pribor za jelo, drvene žlice, lonci. Tu je uza zid i posuda (bardak) iz koje se pije voda. Kad dođe vrijeme jelu sofra se postavi pored ognjišta i ukućani sjedaju na »stolce«, niska, mahom od tri daske napravljena sjedala. Stolaca nema za sve članove porodice. Djeca stoje kad jedu, sjede uz ognjište, malo do 10 cm uzdignuto.

S desne strane od »kuće« je spavaća soba, odjeljenje u koje vode dvoja vrata pored dužinskih zidova. Ona ima tavanicu, zidovi su oblijepljeni blatom i okrečeni. Pod je od dasaka. Tu je u jednom uglu »stan«, razboj, na kome žene tkaju. Kreveta nema. Svi spavaju na podu, na koji se, kad dođe vrijeme spavanju prostre prostirač od kostrijeti. Od rijeke Sane k istoku u Bosni u seljačkim kućama nema kreveta, tvrde poznavaoci prilika. Pokrivaju se gunjem ili odjećom. Kao jastuk služi većinom valjkasta vreća ćilimarske izrade, ispunjena slamom. Tu je i obavezna »bešika« ,malo koritance za dojenčad postavljeno na oble lukove da se može ljuljati.

Muslimanske spavaće sobe imaju u jednom uglu (prema vratima) ograničeni i iznad poda uzdignut prostor, koji ima otvor napolje za oticanje. Tu se peru. Tu obično stoji i posuda (ibrik) sa vodom od 1—2 litre. U imućnijim kućama taj prostor je ograđen drvenim rešetkama. U muslimanskim kućama koje su građene na sprat, sredina gornjeg sprata je ostavljena slobodna prema ognjištu za ventilaciju dima. Na spratu se spava, a dolje je isti raspored kao u opisanim brvnarama. Stepenice su pored kuće i vode na jedan hodnik iz koga se ide u sobu. U produženju tog hodnika, kao prilijepljen uz kuću, nalazi se nužnik. Kod kršćana je u dvorištu i napravljen od dasaka sa malom otvorenom jamom. Muslimanske kuće su ograđene visokim plotom da se spriječi pogled u dvorište. Opaža se napor i kod najsiromašnijih, da taj plot dignu, čak i po cijenu da se liše mnogo prečih stvari u kući. Ako u muslimanskim kućama ima i odrasle djece, ona se odvajaju iz spavaće sobe roditelja. Ili ostaju u odjeljenju gdje je ognjište ili ako su imućniji, dobivaju zasebno odjeljenje, a naročito ženska djeca.

Na sobi za spavanje ima jedan ili dva mala prozora od 15—30 do 40—50 cm čija je glavna funkcija da daje svjetlost. Oni se ne otvaraju ni ljeti, a negdje su čak i zabijeni. U tom odjeljenju nema stolaca i po zidovima u kršćanskim kućama visi poneka sveta ili nacionalna slika.

Odvojeno od kuća, kao zasebne zgrade, su štale za stoku. U nekim selima štale su zasebno grupirane i potpuno odvojene od sela. Kad smo toj, na prvi pogled kulturnoj pojavi, istraživali uzrok, dobili smo ga u odgovoru da u interesu zaštite stoke od eventualnog požara odvajaju stoku. Naime opasnost od vatre je uvijek blizu. Varnice s ognjišta mogu svaki čas zapaliti drvenu kuću i zato na svakom krovu stoje prislonjene dugačke ljestve za slučaj požara. Štale su sagrađene slično kućama, sa razlikom što su niže i što imaju svega jedan prostor. Osvjetljenje je petrolejska svjetiljka u spavaćoj sobi, a u »kući« vatra sa ognjišta. Inače, kad nema petroleja (gasa), dobra je i svijeća ili loj.

U jednoj sobi za spavanje spavaju svi, izuzev ako u kući ima oženjenih sinova. Tada se za njih odjeljenje za ostavu prepravlja u sobu ili gradi zasebna kuća. S obzirom na mnogobrojnost porodica u sobi širine od 3 metra, dužine 4—5 metara i visine 2 m spava 10—12 lica. Tendencija ka gradskijem građenju kuća opaža se u nizinama i u blizini grada. Tamo već ima kuća od cigala i građenih građanski. Ali u ravnom odnosu s udaljenošću od grada susrećemo se s tradicionalnim tipom brvnare.

Građu za podizanje kuća dobivaju seljaci iz državnih šuma na ime »meremata«. Izrada jedne brvnare od 5 metara širine i 8 m dužine stoji sada oko 2000 dinara i grade je seljaci-majstori. U župi je ona skuplja, jer je skuplji dovoz drveta.

Proizvodnja

Glavni predmet proizvodnje je ishrana porodice i van tog kruga ona se ne kreće. Svi prinosi proizvodnje troše se u porodici. Samo vrlo mali dio proizvoda ide na tržište kao roba i to da podmiri izdatke za proizvode koje seljak sam ne može proizvesti, i da oduži dažbine koje mu se nameću. Znači i proizvodnja za tržište ima za cilj samo dopunu porodične potrošnje.

U pogledu ekonomskog sistema travnički seljak je tek na putu k novčanom privrednom sistemu. Kod njega su skorašnji još i vrlo živi uticaji feudalizma ostali duboko urezani u sve postupke njegove, poglede njegove i očekivanja njegova. On i danas sije i sadi, u podsvijesti misleći na neku diobu, ako ne s begom, a ono s nekim drugim. Izvjesno osjećanje provizornosti prožima shvatanja, koja on ima o novim stvarima i čak i o agrarnoj reformi, koja ga je napravila posjednikom. Ta vječna seljačka nepovjerljivost čini da se on ograničava na uobičajene sitne razmjere rada i život čak i onda, kada bi imao materijalne prilike da malo jače zamahne.

Poljoprivreda daje seljaku osnovne uslove za podmirenje porodičnih potreba, a stočarstvo pored te uloge služi i kao roba kojom se u razmjeni dobara podmiruju ostale potrebe porodice. Naselja u planinama zasnovana su na stočarstvu. Ono je bilo privlačna snaga koja je seljake dovela onamo. Krčenjem šuma postepeno je obrađivana i zemlja. Ali množenjem stanovništva, u razmjeru koji smo vidjeli, stočarstvo je sve slabije zadovoljavalo potrebe. Otuda se moralo više pažnje obraćati poljoprivredi i tako je došlo do obrađivanja vrlo slabih zemljišta, koja u odnosu na uloženi rad ni izbliza ne donose odgovarajući prinos. Ali za privredu čiji je glavni cilj ishrana porodice, ekonomski smisao o uloženom trudu ne igra nikakvu ulogu.

Nesumnjivo da način proizvodnje, primitivan i zaostao kakav je, znači ogromno razbacivanje radne snage. Na prostorima na kojima seljak sada živi, naročito racionalnim stočarstvom moglo bi sa manje truda da se proizvodi više. Ali što te proizvodnje nema nisu krivi samo rezidui iz feudalnih vremena, tromost u radu, i odsustvo kapitala i smisla za organizovanje posla. Ekonomskih uslova nema za veću proizvodnju. Njegova dobra su mahom potrošna i podložna kvaru. Za njih treba sigurna tržišta u blizini, ili ako ih nema, organizi-

ranost posla na široj osnovi. Za sve to nema uslova. Travničko tržište može da apsorbira samo izvjesnu i ograničenu količinu njegovih dobara. Posao na široj osnovi on ne može da organizira i ono se ni drugom kom preduzetniku ne isplaćuje zbog ograničenosti dobara za veća tržišta. Otuda, bez obzira na današnju krizu, koja je samo više istakla njegove nevolje, travničkom seljaku ne ostaje ništa drugo nego da se vrati svom porodičnom gazdinstvu, ako u pokušaju da proizvodi za tržište pomoću kredita nije izgubio glavno proizvodno oruđe, zemlju. On ne može da stvara višak dobara. On prema tome u društvenom smislu, sa gledišta njegove uloge u stvaranju društveno korisnih dobara i uslova za opći napredak, ne predstavlja nikakvu činjenicu. On živi samo da produžuje vrstu i da na tom putu, podgrižen bolestima, nedovoljno ishranjen, preobilno zasut potomstvom, postepeno gubi životnu snagu, a u isto vrijeme da posluži gradskom elementu kao predmet za iskorišćavanje. Njegova zemlja, kao i svagdašnja uloga u društvu je samo da bude eksploatiran za dozvolu da može bezimeno da živi.

U nizinama poljoprivreda igra važniju ulogu i njeni prinosi idu već na tržište i čak mogu predstavljati izvjestan višak. Već dolina Vrbasa nosi obilježje jače poljoprivredne proizvodnje, a stočarstvo je nuzgredno.

Stočarstvo

Ekonomski podatci o srezu odnosno goveda, upoređeni sa stanjem Drinske banovine, odgovaraju općem stanju u banovini. U travničkom srezu nije gore stanje nego u Drinskoj banovini. Volovi i krave služe kao tegleća stoka za oranje i rjeđe za vuču za izvlačenje oborenih trupaca po šumama na dva točka, isključivo izrađena iz drveta. Krave daju osnovnu hranu u mlijeku za porodicu. Pasmina je bosanska, niska i izdržljiva i uz to vrlo skromna u hrani. U planinskim krajevima slabo se obraća pažnja na oplemenjivanje pasmine i za rasplod služe najbolji bikovi domaće rase. U ravnicama se opaža već sretno ukrštavanje sa simentalskom pasminom. Ljeti goveda pasu, a zimi se hrane slamom. Drže ih u štalama. Mlijeka daju krave 3—5 litara dnevno. Kad ostare i postanu nesposobne, prodaju ih. Njihova cijena koja je prije krize dostizala 3000 din. danas je pala na 300—500 dinara.

Ovca je glavna stoka. Planinski pašnjaci i livade, odlični za ishranu ovaca, daju dobre uslove za gajenje te vrste stoke. Ali broj njihov ne odgovara mogućnostima. U poređenju sa Vardarskom banovinom, isto tako stočarskom, gdje na 100 stanovnika dolazi 121.3 ovce, travnički kotar zaostaje prilično daleko sa svoje 58.4 ovce. Na Vlašiću, gdje ima dovoljno pašnjaka i odakle potiče u Bosni neobično cijenjeni i traženi vlašićki sir, bilo bi mogućnosti za jače gajenje ovaca. Ali za seljaka nije ekonomično da proizvodi više nego što je potrebno za njegovu porodicu. Za to bi trebalo više investicija, poznavanje tržišta, podnošenja rizika za slučaj slabih cijena i veća organizacija posla. To mjesto njega čine travnički trgovci. Oni su proizvađači sira na Vlašiću i oni sami se staraju za plasiranje robe i van travničkog tržišta. Seljacima ostaje uloga najamnika kod trgovaca gdje služe kao ovčari i sirari (stopanice). Trgovci su i konkurenti seljaka. Kada seljak donese svoj sir na tržište, trgovci koji raspolažu većim količinama robe u stanju su uvijek da ubiju cijenu seljačkom siru, ako sir trgovaca ne može da se plasira u inozemstvu. Sada je na tržištu u Travniku seljački sir po 3 dinara kilogram, cijena za koju on doista nema računa proizvoditi više nego što mu treba za porodičnu potrošnju. Od ovce dobiju do pola litra mlijeka od Đurđev dana do Petrovdana. Ljeti strižu ovce i dobivaju od jedne do 1 kg vune. Cijena je 40—50 din. Kršćani malo kolju ovce. Kad ostare prodaju ih.

U ovoj glavnoj grani seljačke proizvodnje položaj seljaka ostaje isti kao i u sporednijim granama. Upućen na primitivno porodično gazdinstvo ekonomskim uslovima pod kojima je

vijekovima živio, travnički seljak ni pod današnjim uslovima ne može da se ukopča u kapitalističku novčanu privredu, bar ukoliko se tiče proizvodnje i napredovanja. Njegova sredstva su toliko minimalna, proizvodi koje bi htio da donese na tržište nemaju cijene, radna snaga koju bi htio da proda ne treba nikom i kredit veoma težak, tako da mu ne preostaje drugo no da se još više priljubi svom porodičnom gazdinstvu i da gleda samo da tavori na rubu gladi i groba.

U pogledu konja travnički srez stoji dobro u usporedbi s banovinom čiji je sastavni dio (11.2 prema 6.7 na 100 stanovnika). Ali fakt da su skoro svi konji tovarni, pokazuje koliko su mali izgledi ekonomske emancipacije od prošlosti i koliko su granice za budući razvitak ostale jedino u porodičnom gazdinstvu. Kako se može pomišljati na đubrenje zemlje sa njegovih 12 volovskih kola ili 9 konjskih kola na 1000 stanovnika? Travnički seljak nema uslova da se upusti u ekonomski život širih razmjera i on mora, i pored najbolje volje čak i da je ima, da stoji nemoćan pred ulazom u novčanu privredu i da pabirči na njenim otpatcima ali da snosi teret koji mu ona nameće.

Zasijana površina stočnog bilja u srezu pokazuje također najnižu primitivnost u odgajivanju stoke. Pašnjaci su doduše sjajni, ali su i snjegovi dugotrajni. Međutim, 0.01% zasijane površine stočnom hranom, govori glasno, da je ishrana stoke ostavljena prvenstveno prirodi na brigu.

Koza relativno ima dosta. Ona je korisna za seljaka što ga ishrana njena ne stoji ništa, a uz to daje mlijeko i kostrijet. A što mladu šumu uništava, tako daleko seljak nema interesa da misli.

Gajenje svinja je vrlo zaostalo. Svega 3.1 na kvadratni km i 8.1 na 100 stanovnika. Daleko gore nego u banovini (14.1 i 25.2). Čak je gore nego i u Vardarskoj banovini (4.8 i 11.1). To se ima pripisati velikom postotku muslimanskog stanovništva koje se iz vjerskih razloga ne bavi gajenjem svinja. Ako se uzme samo kršćansko stanovništvo (26.237) i pod pretpostavkom da svaka kuća znači jedno gazdinstvo, izašlo bi da otprilike na svaku kuću dolazi po jedna svinja (3682 svinje na 3750 kuća). To se donekle podudara i sa iskustvom stečenim prilikom ispitivanja da svako kršćansko gazdinstvo, ukoliko nije pauper, zakolje po jednu svinju za zimu. Izgleda nam još jedan dokaz da se travnički seljak u svojoj proizvodnji rukovodi samo potrebama svoga gazdinstva.

Pasmina svinja je odlična. Ukrštanje domaće izdržljive sa jorkširskom masnom. Mješavina je sačuvala odlike i jedne i druge ukrštene pasmine.

Vrijednost stoke se mijenja prema gazdinstvima i tu je teško naći neko mjerilo. U planini svako gazdinstvo ima bar kravu, ako nije sasvim pauper. Inače vrijednost stoke najslabiiih gazdinstava počinje od 300 dinara da završi sa najjačim oko 25.000. Ali gazdinstva sa većim brojem stoke su mahom porodične zadruge sa 25—30 članova.

Poljoprivreda

Usporedo sa stočarstvom poljoprivreda ima zadatak da osigura ishranu porodice. Vidjeli smo da stočarstvo kao glavna grana privrede nije u stanju da stvori neki višak seljaku. Poljoprivreda to može još manje, poglavito u planinama, gdje je ona još nedovoljna da pokrije svakodnevne potrebe. Stočarski proizvodi se unovčavaju da se kupi kukuruza ili ječma.

U planinama uslijed rane zime i poznog proljeća mogu da uspiju samo one vrste žitarica čije vrijeme dozrijevanja je kratko. To su ječam, pir (krupnik) i ovas (zob). Od mahunastih biljaka pasulj (grah), od korjenastih krumpir i povrtlarskih luk i kupus. Smatra se dobrim

prinosom ako žetva žitarica donese peterostruko sjeme. Inače na slabijoj zemlji ona često donese samo dvostruki prinos, naročito ako godina nije dobra. Na jedan hektar siju rukom oko 200 kg sjemena, oru gvozdenim plugom, iako je doskora bila u upotrebi ralica. Žanju srpom i kosom. Vrše konjima na guvnu ili čak lupaju vlat štapovima.

Kršćanski seljaci su bili uglavnom kmetovi. Zato u planinama svi imaju ma i najmanje zemlje. Otuđiti je još nisu mogli, jer zemlja još nije konačno prevedena na njih, što je možda sretna okolnost da je nisu otuđili. Najmanji posjed je 2 dunuma (0.2 ha) a najveći je 40 ha. Obično polovina zemlje je livada i pašnjak i u planini i nikoga nema sa više od 20 ha oranice. Seljaci, posjednici većih površina zemlje, bili su i ranije slobodni seljaci i do zemlje su došli putem trgovine stokom. Broj ovakvih je vrlo mali.

U nizinama, gdje je više prodrla novčana privreda, podjela imanja je daleko gora. Naročito među muslimanima, koji su bili slobodni seljaci, ima mnogo paupera bez i brazde zemlje. U Gornjem Vakufu (sreskoj ispostavi) seljaka paupera ima od 10—20% po županjskim selima i oni su mahom muslimani (Bojska, Privor, Voljice). Do 1 ha ima ih više od polovine posjednika u tim selima, a najveći posjed ne iznosi više od 4—6 ha. Bolju zemlju sad sve više drže građani i po koji napredniji seljak. Muslimanski posjedi zahvaljujući njihovom zakonu o nasljeđu nevjerojatno su iscjepkani. (Našli smo pravo nasljeđa na 3749-ti dio neke parcele).

Županjski proizvodi su već raznovrsniji. Sije se pšenica i kukuruz. Pšenica može donijeti i 10 mtc po hektaru, kukuruz 20 mtc. Pasulj, repa, krastavci, tikve, bundeve proizvode se i za tržište.

Pod uticajem krize cijena zemlje je jako pala. Hektar oranice prema vrijednosti zemljišta može da se kupi za 1000—3000 dinara. Ali kupaca nema.

Nema ni zakupaca. Inače su zakupni odnosi da zakupac daje trećinu bruto prinosa vlasniku zemlje. Ranije dok je bilo kupovine zemlje, obično seljak nije nikad imao dovoljno novaca da kupovnu cijenu odmah položi. Zaduživao se kod banaka. Od onog časa kad prvi dug napravi, seljak ulazi u jedan začarani krug, iz koga mu više nema izlaska. Zakonska olakšanja o odlaganju plaćanja dugova sankcionirala su faktični moratorijum koji je već postojao i spriječila dislokaciju posjeda putem sudskih prodaja.

Kamatna stopa kod banaka iznosi od 24% na više, ali se tome dodaju još troškovi, koji dug penju i na 60%. Tako se za ovjeravanje potpisa nepismenih pri svakom tromjesečnom obnavljanju mjenice uzima 15 dinara od žiranta, što ukupno iznosi godišnje 120 dinara. Kako su seljački dugovi mali, to na 100 dinara godišnje ide 12% samo na ovjeravanje potpisa. Neke banke su uzimale i 70% o čemu postoje i tužbe vlasti. Banke, razumije se, nose zvučna nacionalna imena.

Zelenaši, kojih ima poglavito u varošima, ali se nađu i u selima, dovršuju posao banaka. Oni na 50 kgr ječma na godinu uzmu 306 dinara (Gornji Vakuf), ili na 1000 dinara gotovog novca 40 dinara »heftično« (nedjeljno), nekih 208% (Maline). Seljak, nepismen i neupoznat s funkcioniranjem kreditiranja, na pitanje koliko je dužan, odgovara: »Dužan sam kolikogod hoćete«. I doista postaje mršava, istina, ali ipak krava muzara, koja daje mlijeko sve dok ne ugine.

Planinski seljak živi doduše na rubu gladi, ali ima i neko osjećanje spokojstva da će polugladno moći »izdurati« ,ali županjski seljak koji je upao već u novčanu privredu i u njenu mrežu, postepeno se pauperizira, rađa djecu za crnu zemlju, boluje i umire.

Šumarstvo, živadarstvo i voćarstvo

Šuma je pored stočarstva i poljoprivrede najvažniji izvor za život seljaka: Ona daje pašu za stoku, drva za građu i ogrjev, a i poneki tovar drva koji se unovčava. (Tovar drva na konju prodaje se u Travniku za 4 dinara). Seljaci imaju »meremat«. Svaka kuća ima pravo na izvjesnu količinu drva za građu novih kuća i ogrjeva koliko kući treba. Oni se često žale, naročito u župskim krajevima, da pravo meremata dobivaju vrlo daleko tako da im je i suviše teško da drva dovuku. Pravo ispaše dobivaju sela, a ne pojedinci. I to pravo spada u meremat.

Veliko šumsko poduzeće »Ugar« sa pilanom u Turbetu i razgranatom privatnom željeznicom eksploatira šume. Ono zaposljava mnoge seljake. Radi se u akord u šumama i seljak-radnik nema neposredne veze s poduzećem, koje ima preduzimače koji primaju na sebe sječu izvjesne površine šume. Ovi uzimaju radnike kojima plaćaju nadnice prema izrađenom poslu. Po tvrđenju seljaka najvrijedniji radnik ne može dnevno više da zaradi od 12—14 dinara sa radnim danom od zore do smrkavanja. Ali tu pogađanja i izbora nema. Radne snage ima na pretek i svak je sretan tko može naći posao.

Šuma donosi seljaku i nevolju. Divlje zvijeri kojih u planinama ima mnogo (medvjedi, divlje svinje, vukovi, lisice) tamane stoku. Medvjedi, čije je ubijanje zabranjeno, znaju da upropaste njive, a vukovi stoku.

Živad se malo gaji. Čak i u većim gazdinstvima kokoši su rijetke. Samo po neki par da se pile i jaje mogu prodati. Inače živad sami vrlo rijetko jedu. Samo imućnije zadruge dozvoljavaju sebi taj luksus. Ne drže ih zbog lisica od kojih je živad teško obraniti, ali i zato što živad treba hraniti. Na travničkom tržištu jedno pile se prodaje za dva dinara.

Voćarstvo je također vrlo slabo. U planinama teško rodi zbog zime, ali u župi ima samo malo šljiva, jabuka, krušaka i oraha. Od šljiva peku rakiju, bolje jabuke isključivo prodaju, a od gorih kuhaju pekmez kao i od krušaka. Orahe prodaju. Pekmez troše samo u kućama. U novije vrijeme voćarstvo prilično napreduje. Tvrdi se da je 90%' više zasađeno od rata. Ali i tu seljak pokazuje neko ustručavanje. Neće da zasadi više od 5—6 voćaka. Teško ih je i očuvati od stoke, ali tu djeluje i rezidij iz prošlosti: nekad se begu morao davati plod svake druge voćke.

Pčelarstva ima, ali je vrlo primitivno i rijetko. Blatom oblijepljeno pruće u vidu fišeka »trnke«, služe kao košnice odakle se med vadi ubijanjem pčela sumpornim kađenjem.

Potrošnja

Podmirivanje potreba porodice je jedini cilj ekonomske djelatnosti seljaka. On radi i proizvodi samo zato da bi stvorio dobra za potrošnju svoje porodice. Planinski seljak redovnim putem uopće ne može stvoriti nikakav višak koji bi imao i za podmirivanje drugih potreba izuzev ishrane, odijevanja i drugih golih životnih potreba. On svaku godinu ako ne završi deficitom u ekonomskim vrijednostima, završi je deficitom u zdravlju svoje djece i porodice. Ako godina donese bolji prinos, višak ne ide na poboljšanje ishrane, nego na popunjavanje rupa ranijih rđavih godina. Njegov životni standard je uvijek na istoj visini, na visini nedovoljne ishrane. Ali uglavnom svaki ima bar nešto. I onaj koji ima dva dunuma zemlje, provlači se nekako, dovija i životari.

Položaj župljanina je već drugačiji. Ponesen više u vrtlog novčane privrede, on pokazuje veće razlike u životnom standardu i u posjedu zemlje. Onaj koji je uspio da se održi na površini, bolje živi, a pauperu je svaki dan jedan problem. Prvi može da stvara i višak dobara i osim porodične potrošnje da ostavlja nešto i za naprednije potrebe, ali taj njegov uspon

ide na štetu onoga ispod njega, paupera i pauperu bliskog seljaka. Obojica ne mogu da imaju dosta. Čim jednom ide bolje, vaga automatski povlači drugoga dolje. Zato jer je vlasništvo zemlje jedini izvor stvaranja dobara. Onaj koji nema zemlje, nema ni hljeba.

U potrošnji, ishrana porodice je najvažnija. Osnovna hrana planinca je kruh od zobi, pira (krupnika) i ječma. Zob se melje zajedno sa košuljicom i otuda kruh od nje pun je tvrdih slamčica. Prosječno se može reći, da na glavu odraslog stanovnika dolazi dnevno 1 kg žitarica u vidu kruha i jela od brašna. Uz to idu sir, mlijeko, sirutka, luk, krompir, kupus, grah. Jede se u tri dnevna obroka. Ručak je u jutro oko 8—9 sati: pura (kačamak od kuruznog brašna) sa mlijekom ili sam kruh. Užina je oko podne: uljevača od pirovog brašna (u posoljenoj vodi kuha se brašno) sir, luk ili krompir, kupus i grah. Večera je oko 6—7 sati: pura ili kruh. Količine tih vrsta hrane vrlo su skromne. Porodice od 10 osoba troše godišnje oko 200—300 kg krompira, 250—300 kg kupusa, 20—30 kg graha. Jedino sir i mlijeko troše se u pristojnijim količinama kod onih koji imaju krave i koze. Mlijeko, kad je za jelo, u stvari je sirutka. Jedna porodica od 15 osoba (Višnjevo) troši godišnje 50 kg graha. Druga od 10 osoba (Ćukle) 70—100 kg graha, 500—600 kg kupusa, 150 kg mesa i 1000 kg krompira. Kupus se jede sladak ili kiseo. Ali je velik broj domova koji povrće uopće ne troši i to naročito u župi. U jednom selu (Voljice) od 1000 domova u 22 nisu ni luk zasadili.

U župi se već troši kukuruz i pšenica. Zob i ječam se ne upotrebljavaju za kruh. Mesa ljeti uopće ne jedu. U planini skoro svaka kuća zakolje po jednu svinju od 120—150 kg tešku čije se meso suši, a mast ostavlja za svečane prilike. Muslimani kolju ovcu. U župi ima porodica koje godinama nisu ni okusili mesa. Negdje na 40 domova samo 4 zakolju po 1—2 ovce (Crvče). Meso se jede samo zimi i u obrocima od pola kg sa nekim povrćem. Mast se upotrebljava samo za velike praznike, Božić, Uskrs ili slavu. Ovu skromnu kuhinju dopunjuje i strogo pridržavanje postova. Prosječna vrijednost onoga što jedno lice pojede dnevno, pretstavlja 0.50—2 dinara. Kod seljaka-paupera u župi ishrana se i ne može nazvati tim imenom. Ona je gladovanje da se ne umre. Ona zavisi od zarade glave kuće koji najčešće ne zaradi ništa, a kad zaradi, dobiva za 17-satni dnevni rad 5 dinara, ili za isto toliko sati siječenja drva 3 dinara. Takav jedan (Svilići) udovac sa dvoje djece (pored kuće od sveg imanja ima dvije kokoši) troši mjesečno 50 kg kukuruza, četvrt kg masla, 2 litre mlijeka i kilogram sira. U njegovom selu 40% porodica živi pod istim uslovima kao on. U Crvčama jedna trećina stanovnika hrani se samo hljebom, lukom i koprivom. Dobar dio živi samo od vrisinja (borovnice).

Većim prinosom žetve seljak tek u manjoj mjeri popravlja svoju ishranu. Svi drugi izdaci su preči. Prinos je takav da ne dozvoljava budžetiranje. Čak se i sjeme ne ostavlja naprijed za iduću sjetvu. Živi se od dana do dana. Troši se što se ima, obazrivo, ali ako do iduće žetve ne dostane hrane ili nema za sjeme, seljak se dovija, ide na posao u »firmu«, u pečalbu, pozajmljuje od susjeda, ide u grad trgovcu. Otkako je seljakov dug pod moratorijem, zajmovi kod trgovaca više ne uspijevaju. Često se nailazi na slučajeve tako beznadne da su oni i promatraču preteški, a kamoli onom koji mora da ih podnosi. Tu sudbinu bratski podnose sve tri vjere. Kod kršćana još učešće žene u ekonomskoj djelatnosti daje u ženi svjesnu i otpornu snagu, vičnu radu u životnoj borbi, ali kod muslimana odvojenost žene iz ekonomskog života povod je često za neopisive tragedije. Slučajevi smrti glave kuće sa mnogobrojnom djecom i udovicom, nespremnom za životnu borbu, dovode cijelu porodicu, čak iako nije pauperska, do prosjačkog štapa. Otuda ulaz u Travnik, na pazarni dan, potsjeća krvavo na takve sudbine: niz bula poredanih duž puta sa »ćagetom« za dozvolu prosjačenja izloženim ispred njih, rezigniranih kao da su izmirene sa svim nesrećama ovoga svijeta, otkriva krajičak zavjese s tih nijemih tragedija.

Ishrana je tipična za siromašnije i imućnije pojednaka. Imućniji samo pojačavaju obrok, ali se uglavnom drže jelovnika, koji smo gore naveli. Izuzetak čine samo veliki blagdani ili svadbe, daće. Kod muslimana, Bajram. Imućniji muslimani na Bajram zakolju ovcu koju dijele sirotinji. Svadbe su prilike za veće troškove u ishrani. Kod muslimana one traju nekoliko dana i stoje jednog siromaha do 1500 dinara (Poljanica). Često se svadba odlaže na dosta dugo vrijeme, dok mladoženja ne spremi trošak za svatove. Tada cijelo selo dođe na gozbu. Kršćani daju daće kad umre neki odrasli član obitelji. Tada se služi meso i piće i troškovi mogu da iznose do 200—300 dinara. Smrt male djece prolazi nepraćena nikakvim žalbenim gozbama.

Kupljeni proizvodi

Usprkos autarhijskom karakteru seljačke proizvodnje ima izvjesnih proizvoda koje on ne može da proizvede i koje mora da kupi. To su uglavnom sol, petrolej (gas) sa svjetiljkom, žigice, šećer, kava, svijeće, sapun, pamuk, opanci, posuđe, sjekira, kosa, motika, srp i neki dijelovi odjeće. Potrošak petroleja iznosi rijetko kada više od jedne litre mjesečno (8 dinara). Šećera i najveće zadruge ne troše više od pola kilograma mjesečno (8 dinara) sa $^1/_8$ kg kave (8 dinara), koja se kuha samo kad gosti dođu ili se daje bolesniku. Opanke kupuju u gradu. Od kože par stoji 50 dinara i godišnje moraju kupiti bar 2—3 para. Posljednjih godina ušli su u upotrebu gumeni opanci. Tvornice su se dosjetile da iskoriste upotrebu starih automobilskih guma za opanke, koja se počela širiti među siromašnim seljacima. Stoga se uveliko prodaju, naročito u župi, gumene ploče raznih veličina, oivičene rupicama, kroz koje se vezuju gumene vrpce i dobiva se opanak sličan kožnom. Takav opanak ne stoji više od 15 dinara. Ali svi znaju da su nezdravi i da se noge u njima potpare i izranjave. Nose ih, jer druge nabaviti ne mogu.

Pamuk i kudjeljna pređa su najvažniji proizvodi koje seljak mora da kupi. Platno tku žene i šiju rublje. Doduše negdje se kudjelja goji i seljanke same predu pređu za tkanje, ali je domaća proizvodnja neznatna. Jedan kilogram pamuka za osnov stoji 50 dinara, a za potkiv 40 dinara. Potrebno je tri četvrtine pamuka za potkiv i jedna četvrtina za osnov. Cijena kudjeljne pređe je 20 dinara kilogram. Za jednu obitelj od 12 članova treba godišnje 10 kg pamuka i isto toliko kudjeljne pređe.

Vunu, oni koji imaju ovce, strižu i predu sami. Žene predu i tku sukno, a muški pletu čarape. Odjeću sašiju sami, ali gunj, zobun odnesu obrtniku u grad, koji im sašije za 30—70 dinara. Veće i imućnije porodice pozovu sebi obrtnika iz grada, koji za 25 dinara nadnice izradi sve što se u kući ima sašiti. On ostaje po nekoliko dana na poslu i nekiput ide od kuće do kuće (Opara).

Posuđe je drveno, bakreno ili zemljano, domaće izrade i poneki tvornički emajlirani lonac. Bardak (krčag) je zemljani sud koji služi za vodu. Iz njega svi ukućani piju vodu. Limena ili zemljana »ćasa«, zdjela iz koje se jede, po nekoliko drvenih žlica, noževa i šolje za kavu. Viljuška i čaša su velika rijetkost i samo ih tamo ima gdje ih poneki vojnik donese iz vojske. Porodica od 16 lica (Dukat) ima 2 lonca, 2 ćase, 2 čaše, 20 žlica, 2 noža i 1 šolju. Porodica od 14 osoba (Maline) sa 20 ha oranice ima 3 lonca, 3 tanjura, 2 ćase, 1 čašu, 30 žlica i 4 šolje. Porodica od 14 osoba (Dedići) sa 5 ha oranice ima 2 lonca, 3 ćase, 1 tanjur, 1 čašu, 19 žlica, 2 noža i 1 šolju.

Šibice se kupuju, ali su u upotrebi sve više pradjedovski kremen i trud. Sapun je rijetkost koja u najboljem slučaju ne predstavlja mjesečni izdatak od nekoliko dinara. »To mlađarija troši i neke mirišljave stvari« (Miletići). Rublje peru lugom (kuhanim pepelom), a ruke i lice pijeskom.

Proizvodi koje seljak mora da kupuje predstavljaju najviše 5—10% vrijednosti njegove ukupne potrošnje. A kao što se iz navedenog vidi, svi kupljeni proizvodi služe potrošnji. Jedina proizvodna oruđa u seljačkoj kući su sjekira, motika, kosa, srp i plug.

U proizvode koje seljak pravi sam i kupuje, odnosno njihovu izradu plaća, spada odjeća i obuća. Uglavnom ova je kućnog porijekla i jedino opanak se kupuje kao gotov proizvod. Platno tku sami, čarape pletu sami, vunu predu sami i samo izrada težih dijelova odjeće se radi kod zanatlije. Kršćanska nošnja je više kućna izrada, dok kod muslimana veći postotak ide na tvorničku robu. Šarena basma (cic) za šalvare, dimije, »zar« od basme, ili zimi od porheta, kojim se pokrivaju muslimanke, tvornička su roba. Kod imućnijih se upotrebljava i batist. Materijal za košulje, bez (tanje pamučno platno koje se u imućnijim obiteljima protka svilom), izrađuju same i šiju također. Pravoslavne žene nose zobun, dugačak crni kaput bez rukava od vune. Katolkinje isto nose, samo od bijelog sukna, i zovu ga ćurdijom. Gaće i košulja su od pamučnog platna, vlastita izrada. Katolikinje imaju na donjim ivicama košulje poneku vrlo lijepu šaru. Pravoslavne ženske košulje su bez šara. Za gornji dio tijela služi ječerma (jelek), mali prsluk bez rukava i gunj od sukna za zimu. Istu namjenu ima i fermen, relativno skupe izrade (300 dinara) za svečane prilike. Isto tako za svečane prilike nose i vunenu šarenu pregaču. Na noge preko čarapa dolaze priglavci, pletivo kao i čarapa, i opanci. Na glavi imaju kapicu koju udate žene pokrivaju vunenom maramom (jemenijom). Muška nošnja je različita po vjerama, ali ne mnogo. U nekim slučajevima samo boja pojasa i kod muslimana ječerma od tvorničkog platna, neka vrsta do grla zatvorenog prsluka sa rukavima, čini razliku.

Vrijednost cijelog odijela sa rubljem i obućom iznosi oko 500 dinara ne uzimajući tu dijelove odijela koji služe za svečane prigode. Isto toliko stoji i ženska kršćanska nošnja. Muslimanska ženska je skuplja i kod njih za obuću prevlađuje gradska cipela sa tvorničkom čarapom.

Svečanu odjeću i novu drže u sanducima, a ona u svakodnevnoj upotrebi vješa se u sobi za spavanje.

Načini rada

Promatraču može izgledati da je odlika travničkih seljaka lijenost. Izgleda kao da imaju vremena za sve, samo za rad najmanje. Negdje posao u polju počinje tek poslije ručka, a to će reći oko 8—9 sati. Samo njihovo shvatanje o lijenosti bilo bi dokaz koliko je pojam o produktivnom radu u evropskom smislu daleko od njih. »Lijen je onaj koji ne će da radi ni onda kada skapava«. U toj definiciji jednog seljaka data je sadržina radinosti travničkog seljaka uopće. On radi samo da ne skapava. Zato, jer je njegova cijela ekonomija stavljena na tu ivicu skapavanja. Svaki veći napor je uzaludan. Ranije, dok je bio kmet, ukoliko je više radio, utoliko je više morao da daje. Rekli smo već, da je njegovo tržište ograničeno (grad), da su uslovi dovoza njegovih proizvoda prohibitivni za veću proizvodnju (otsustvo puteva, tovarni konji prevozno sredstvo), da su investicije bezgranično skupe (zelenaška kamatna stopa) i da u njegovoj ekonomiji po sastavu njenom ne može biti viška. Zato lijenost njegova može i da se opravda. A kada se tim ekonomskim uslovima dodaju još i drugi momenti, poglavito suviše bliska povezanost sa feudalnom prošlošću, nepoznavanje novčane privrede, nepismenost i niski stepen kulture, onda je razumljiva njegova konzervativna tromost i vjerovanje u ispravnost »djedovskih puteva«, iako ti djedovski putevi znače nenagrađen rad, ogorčenu borbu za svakidašnji kruh. »Živim i mogu da živim«, kaže jedan seljak iz Malina, »ali tako teško radim, da mi ono što uradim ne vrijedi ništa«.

Svijest o neadekvatnosti nagrade za rad postoji, ali više kao neko daleko osjećanje nepravde koju je suđeno da trpi. Utučenost i rezignacija, sa kojima oni snose svoj udes, stvaraju od njih statičke i nepomične slojeve društva, kojima je određeno da bez traga protrče kroz ovaj život. U razgovoru sa njima čovjek dobiva utisak da se osjećaju usamljeni, prepušteni svakom tko hoće i može da im otme komad hljeba iz usta, da zaštite ni od koga nemaju i da drugačije ne može biti. Jedan seljak iz Miletića ovako je formulirao njihovo opiranje nevoljama: »Ja njemu (susjedu) dam rubac da otare suze, a on meni da ja otarem«. I na tom uzajamnom brisanju suza svrši se revolt travničkog seljaka protiv gladnog standarda na kome živi.

Pored udjela čovjekovog u proizvodnji još glavnije je onaj prirode. Sve brige, sva očekivanja seljaka usredsređena su na to, kakvo će biti vrijeme, da li grad ne će uništiti usjeve i da li mraz ne će doći prije vremena? Seljakova glavna životna borba i jest da izmoli, ako ne može da otme, od prirode što više može. Otuda, u osjećanju svoje nemoći prema prirodi on svaki svoj postupak sujevjerno vezuje za djelovanje natprirodnih sila koje treba umilostiviti da podijele što više blagodati.

Tamo gdje su proizvodna oruđa samo plug, motika, srp i kosa, ne može biti govora o korisnom radu niti kakvog poređenja te vrste uopće. Sije se rukom, žanje srpom (žene pšenicu) i kosom, vrši na guvnu konjima ili čak rukom, mlaćenjem slame. Kosači su najcjenjeniji radnici i plaćaju se 8 dinara dnevno sa hranom. Ostali radnici i žene dobivaju 5 dinara. Ima i mobe, ali ona se danas sve više gubi iz običaja i na mjesto njeno dolazi najamni rad. Nadničari, kad ustrebaju, obično se uzimaju za poslove koje treba brzo svršavati. Inače porodična radna snaga dovoljna je da podmiri radne potrebe porodičnog imanja. Imućniji koji imaju stoke, uzimaju sluge kojima godišnje plaćaju 300—700 dinara sa odjećom ili samo jednim parom opanaka. Radna obaveza u porodici počinje od ranih godina. Dijete od 6 godina već čuva ovce, a od 12 godina već i u polju radi lakše poslove. Domaćin kuće određuje svakom posao koji ima da svrši, i tu pogovora ne smije da bude. Ako nekom članu kućne zajednice nije po volji određen posao, »može da ide«.

Kršćani se strogo pridržavaju prazničnog nerada i kako je broj svetaca vrlo velik (u njih spadaju svi obilježeni crvenim slovima u kalendaru i još manji sveci poglavito žena) za rad ne ostaje mnogo. Pravoslavni u godini ne rade 121 dan, katolici 72 dana, a muslimani 12 dana. Muslimani su u tom u boljem položaju, jer osim Bajrama i Ramazana ne svetkuju i čak i petkom mogu da rade, ali se rezultati te vjerske širokogrudnosti ne vide. Prije bi se moglo tvrditi da i kršćani svetkuju strogo zato, jer im rad i onako više ne može da donese, a ovako bar imaju vjersko opravdanje za svoj nerad.

Obrada zemlje vrši se po starinskim načinima, ali u novije vrijeme, poglavito u župi, počinju da probijaju napredniji načini rada pomoću primitivnih poljoprivrednih sprava. O melioraciji zemljišta znaju samo toliko da zemlju treba đubriti i da mora biti izvjesnog plodoreda. Đubrenje vrše torenjem, gonjenjem stoke na strnjike, a plodored je smjena vrste žitarica tako, da svake treće godine zemlja ostane na ugaru. U župi već mjesto ugara siju lisnato bilje.

Kršćanska žena radi naporedo sa muškima izuzev kosidbe. Ali njeno je da pšenicu kosi srpom. Povrh toga ona ima specijalnih dužnosti. Osim češte i po njen život opasne dužnosti da rađa djecu, ona mora da tka, da šije rublje i odjeću članovima porodice, pere rublje i nosi vodu sa potoka. Muslimanska žena u planini radi skoro kao i kršćanska, ali ipak manje u polju. Ona u župi daleko je u boljem položaju. U polju ne radi, ali je zato prikovana za kuću i radi vezove, ćilimove pod uslovima koji za radni dan, ako ti vezovi idu na tržište, ne donosi više od 3—4 dinara.U drugim krajevima imućnija muslimanka ne zna vesti i njena uloga svodi se na stroj za rađanje djece i na rad oko kućnih poslova, protkanih vrlo čestim izletima, na kojima se pjeva i veseli.

Zdravstvene prilike

Zdravstvene prilike travničkih seljaka su ogledalo ekonomskih uslova. Tamo gdje se jelo kusa iz jednog lonca, gdje se voda pije iz zajedničkog bardaka, postoje odlični uslovi za širenje svih zaraznih bolesti. Njih ima mnogo. To smo vidjeli iz statistike umiranja. Razumljivo je da tome najviše podliježu nježna djeca. Spavanje na podu u velikom broju i na općim prostiračima, bez provjetravanja sobe za spavanje, povećava mogućnosti zaraze i oboljenja uopće. Za čistoću tijela ne vrijedi evropsko mjerilo. Umivaju se i kupaju pijeskom, a sapun se rijetko upotrebljava. »Od sapuna popuca lice«, tumačila je jedna stara žena, što ne upotrebljava sapun. Kupanja u toploj vodi uopće nema.

Svega tri babice cijelog kotara razumljivo ne dopiru do sela. Seljanke rađaju pomoću susjetki koje se nađu kod njih. Kad osjeti porođajne muke, porodilja se povlači, u planinama — kod pravoslavnih — u š t a l u, jer je sramota da o tome nešto znaju muškarci. U štali klečeći rodi dijete, pupak presiječe škarama ili nožem i veže ga lanenim koncem, koji se unaprijed spremi za taj slučaj. Ili se žena uhvati za vratnice i tako rađa. Kod muslimana žene ostaju u sobi. Kad se dijete rodi, svaki dan umjesto kupanja polijevaju ga mlakom vodom prvih 40 dana. Poslije toga samo nedjeljno jedanput. Da se dijete ne ojede, upotrebljavaju kukuruzno brašno i mljevenu kavu. Majka ustaje poslije dva-tri dana. Dijete drže u bešici; jedino kada travnički seljak, ako ne umre poslije toga, ne spava na podu. Kad dijete prohoda, dobiva mjesto pored ostalih na podu. Majke doje vrlo dugo djecu. Nekiput i do pet godina starosti. Vjeruju da produženjem dojenja mogu spriječiti začeće novog djeteta. To je jedino kontraceptivno sredstvo za koje znaju, ali što njemu tako često pribjegavaju dokaz je, da bi željeli da se liše učestanog bremena materinstva.

Po tvrđenju, oni koji maju dva ili više pari rublja, mijenjaju ga svake nedjelje. Rublje se pere lugom. Katolički svećenici traže od svoje pastve da u crkvu dolazi u čistom rublju i odijelu. Gornja haljina na svečane dane doista izgleda čista. Ali liječnici koji su ih pregledavali tvrde protivno za donju. Muslimanke nose »zar«, kombiniranu košulju i bluzu, kojom potpuno pokriju tijelo od glave do pete. Koliko se čistoće krije ispod toga, nije teško pogoditi. Muslimanska vjerska pravila određuju često pranje tijela i ono se i vrši, ali površno, u najboljem slučaju sa ibricima od 1—2 litre vode. To pranje se pretvorilo u skoro prazan obred kao i svi vjerski obredi, koji su u početku značili neku dobru stvar.

Sve do higijenske politike dr. Andrije Š t a m p a r a, od iskona do prije nekoliko godina, seljaku je ostalo da se brine o svom zdravlju isto onako kao i materijalnim interesima. Vidjeli smo kako je rješavao i rješava probleme materijalnog karaktera. Tako je bilo i sa njegovim zdravljem sve do skora. Zdravstvena politika dr. Štampara iz osnova je promijenila tok stvari na zdravstvenom polju. Politika zaštite od bolesti, traženje bolesnika u njegovom selu bez njegovog poziva i, naročito, besplatno liječenje, učinili su već svoje djelovanje. To je prvi slučaj da je seljak osjetio da mu se čine besplatne usluge od kojih on vidi neposrednu korist. On tome skoro ne vjeruje. Anketa se na licu mjesta uvjerila, što znači seljakov strah od »plaćanja«.

Duševni život

Tamo gdje su ekonomski uslovi života tako teški i gdje je čovjek do iscrpljenja prikovan za napornu borbu za osiguranje golog opstanka, o nekom duševnom životu bogatije sadržine ne može biti govora. Ni stremljenja, ni želje, ni nade ne idu dalje od kruha. Životni cilj je zdravlje stoke i čovjeka i dobar rod. Kad bi se mjerilo zdravlje čovjeka i stoke, uvijek bi se prije privoljeli zdravlju stoke. Kad su »mal« i rod dobri, onda se živjeti može; ali ni mal ni rod ne donose toliko da bi život i nešto više značio od golog produženja vrste. Takav

seljak ne može da ima nikakvih težnja, on ne može da ima saznanja ni o sebi kao čovjeku ni o svojim pravima kao čovjeka. Od njega ne mogu poteći misli korisne i za ljude izvan njegovog zaseoka. Cio ostali svijet prolazi pored njega kao da i ne postoji. Iz njegovih sela nikad se nitko ni za jedan stepen više nije uspeo na društvenim stepenicama, od njega, njegovog djeda, praoca, seljaka-mučenika, koji se rađa i umire bez traga za sobom. Nijedan nije svršio višu školu od osnovne (ukoliko je ima), i ako je otišao na rad u kulturnije krajeve ili u inozemstvo, po povratku svom, on se upregao ponovno »da umre u blatu koje ga vuče«. Neki su odlazili kao poljoprivredni radnici u Francusku i tamo živjeli pod uslovima francuskog seljaka. Imali su postelju, drugačiji ručak i večeru, vina, električno osvjetljenje, pa ipak kad su se vratili, legli su na prostirač od kostrijeti, sjeli uz ognjište i pili vodu iz zajedničkog bardaka.

Vjera daje seljaku izvjesno objašnjenje za nadprirodne pojave, koje on ne može da razumije i sa kojima on ima svakodnevno da se bori.

Sve tri vjere odijelile su svoju pastvu strogim granicama. Između njih ima dodira kao među ljudima, ali su inače udaljeni jedni od drugih kao da žive u tuđim zemljama. Brakova između njih nema ili vrlo rijetko između kršćana. Katoličke djevojke tetovirale su prije bez izuzetka, a sada poneka ne, svoje ruke šarama od križeva da bi do groba potvrdile svoju pripadnost crkvi. Taj običaj seljaci objašnjavaju time, što su u turska vremena Turci odvodili djevojke i, da bi se one uvijek sjećale na svoje kršćansko porijeklo, tetovirali su im ruke križevima.

Knjige, izuzev kalendare, i ponekog molitvenika kod katolika, nigdje u selima nema. Kako bi ih i bilo, kada od starijih jedva ko zna čitati. Kod pravoslavnih kalendar je jedina knjiga, koji obično samo jedan član kuće zna »tumačiti«. Inače, ukoliko se ipak tko interesira za stvari izvan sela, obavještenja traže katolici u »Katoličkom Tjedniku«, muslimani u »Beharu« i »Muslimanskom svijetu«, a pravoslavni opet, i samo, u kalendaru.

Kršćani pokazuju prilično interesiranje za školu i ponose se na djecu, koja znaju već čitati i pisati.

Po pjesmama u kojima izražavaju svoje osjećaje, može se vidjeti sadržina njihovih misli i briga. Planinac pjeva junačke pjesme uz gusle, koje su skoro redovna pojava u pravoslavnim kućama. Ima još i svirala (dvojnica), šargija i bugarija (tambura). Muslimanke u gradovima gaje sevdalinke, koje one pjevaju na čestim izletima (teferićima) na poljska imanja, obično voćnjak na nekom brežuljku, odakle se razliježe bezbrižna i čežnjiva pjesma djevojaka. Vedra i nježna sevdalinka sušta je suprotnost tromog i ozbiljnog recitativa uz gusle. Dokolica seljaka ne može ići dotle da svoje osjećaje iskaže u lirskoj pjesmi. Život njegov je neprestana borba kao i epopeja njegovih omiljenih junaka. Tek poslije spokojno pojedenog ručka i u uvjerenju osigurane sutrašnjice, mogao je u grudima nekog mladog bega zatreperiti osjećaj, koji je u nježnoj pjesmi iskazao on sam, ili platio drugom da je za njegov račun ispjeva. Sirotinja ne pjeva, ona nariče, i jednoliki i plačni zvuk gusala potpuno odgovara stanju i duševnom raspoloženju njenom.

Socijalni odnosi

Socijalni odnosi su ograničeni samo na funkcije koje čine seljakov život, a to su ishrana i produženje vrste. Brak, kažu, da se sklapa iz ljubavi, ali zato »fukaru niko ne će«. Ljubavi se na čudan način razvijaju prema imućnijim momcima, a djevojke prolaze, iako su siromašne. Njih toliko malo ima u odnosu na muške, da usidjelica nema, izuzev ako je bogalj ili bolesna. Svatovi su povod za veliku svetkovinu i skupljanje ljudi. Svećenik uzima za vjenčanje do

500 dinara, prema bogatstvu roditelja mladenaca. Djevojke ne donose nikakav miraz, izuzev rublja i odjeće. Poneka spremi i 20 košulja i dariva i svog svekra. Djevojke se udaju vrlo mlade, ponekad kao djeca. Isto tako ima i vrlo mladih muškaraca koji ulaze u brak sa starijim djevojkama. Ima jedan slučaj da se dijete od dvije godine »oženilo« djevojčicom od 12 godina (Vitovlje). Roditelji hoće unaprijed osigurati »dobru partiju«. Muž od 19 godina ima već troje djece (Šišava). Katolički svećenici ne dozvoljavaju rane brakove, ali se tome doskoči. Malodobnu djevojku dovode u kuću i ona čeka zakonsku 18-tu godinu kada se vjenčava. Razvoda nema kod kršćana. Žena ponekiput napusti kuću muža i ide svojim roditeljima, ali se to uvijek svrši vraćanjem žene mužu.

Muslimanskim brakovima prethodi ugovor za slučaj da muž »pusti« ženu. Još prije ulaska u brak utvrdi se otšteta eventualno napuštenoj ženi od 200—1000 dinara. To se zove »nićah« (nikjah). Ima slučajeva češćih napuštanja žena (jedan u Travniku »pustio« 14 žena). U tom slučaju žena se vraća roditeljima i brzo se udaje ponovo, jer ženskih za udaju ima daleko manje. Negdje je mali broj udavača prava nesreća za momke. (Dedići 3 djevojke, 11 momaka, Privor 15 djevojaka i oko stotinu momaka). Župljanke, navikle na lakši život, ne će da se udaju u planinska sela, a ni planinci ih mnogo ne cijene, jer nisu dobre radnice. Planinski momci se nadaju da mogu dovesti djevojku iz Posavine, kuda zimi tjeraju ovce. Kod kršćana taj problem nije tako težak. Njihov standard je svugdje podjednak i ako nikog ne mogu da nađu, doći će neka Hercegovka za koju i travnička sirotinja izgleda nešto bolje nego što je kod kuće. Ali ni one ne dolaze mlade. Momak od 25 godina mora katkad da se zadovolji sa djevojkom ili raspuštenicom od 35 godina. Dobrim momkom za ženidbu smatraju kada je »bogat, rječit i lijep«, a djevojka ako je »iz dobre kuće«.

Smatra se da muž ima prava da tuče ženu. Kad ne sluša muža ili voli da se »šeta« (kod muslimana). »Naloče se, ide stranputicom i onda mu žena nije dobra«, objasnila je to pravo muških jedna stara žena. Seksualni odnosi nisu najčistiji. Stariji se žale da se svijet od rata naovamo iskvario. Prije nije bilo slučaja vanbračnog djeteta i ako se to i desilo, selo je natjeralo muškarca da djevojku uzme za ženu, inače bi bilo »nevremena« (grada). Sada toga ima i u planini, a u župi brakolomstvo s obje strane obična je stvar. Ima i prostitucije. Mahom muslimani dovedu iz varoši slavonske djevojke (»liske«) sa kojima provedu nekoliko dana i poslije one »idu od ruke do ruke« i za 5 dinara. Negdje seljaci sprječavaju bavljenje takvih djevojaka i traže intervenciju vlasti za njihovo protjerivanje (oko G. Vakufa).

U selima je migracija stanovništva minimalna. U planine rijetko tko dolazi i jedini tuđini su žene iz raznih krajeva. Uzimaju ih čak iz Hercegovine (Šišava). U traženju rada, naročito unaprijed, napuštaju svoja sela, ali se vraćaju i šalju kućama svoju zaradu. Iz muslimanskih sela otišlo je dosta muhadžira (izbjeglica) u Tursku. Lagano infiltriranje Hercegovaca opaža se u bugojanskom srezu. Kupuju zemlju i naseljavaju se iz graničnih sela (prozorski srez). Mještani ih ne gledaju poprijeko, jedino se sukobljavaju s njima kad su u pitanju ispaše i onda se sjećaju da su to došljaci. O njima kažu da su nečisti, jer pod istim krovom žive sa stokom.

Zadruga ima još, ali su one sve rjeđe. Počinje da preotima maha partikulistički tip porodice. Porodica je na okupu dok otac živi. Poslije njegove smrti ona se rastura, i muška i ženska djeca na ravne dijelove dijele imanje. Kod muslimana »mulk« (najuža svojina, kuća, vrt, voćnjak) dijeli se tako da žensko dijete dobije polovinu dijela muškaraca, a zemlja (»mirija«, po muslimanskom pravu državna svojina sa vječnim pravom upotrebe pritežavalaca, emfiteuza) dijeli se podjednako između muške i ženske djece.

Sastanci se održavaju inače među mlađima, na prelima. kod muslimana. U Bili svaki petak u drugom selu od »starog Jurjevdana do Lučindana« drže se prela momaka i djevojaka. To je prilika za upoznavanje, i djevojke su otkrivene. Kod kršćana to upoznavanje se vrši oko crkve na slavama i praznicima, kada se igra kolo uz svirku šargije.

*

Promatran iz perspektiva ekonomskih uzroka, život travničkog seljaka potpuno je razumljiv. Njegov primitivan život produžavao se pod feudalizmom bez promjene u životarenju na granici gladi. Ali je stanje svih seljaka bilo manje-više istovjetno. Dolaskom novčane privrede nastupaju razlike, pomjeraju se imovinski odnosi i, naporedo s tim, zbog gubljenja imanja, i granica gladi se pomjera do ivice umiranja. Taj proces se danas jasno ocrtava u župskim krajevima. Planina je još jednom nogom u prošlosti i ona će, kad agrarnom reformom dobivena zemlja bude postala zakonska svojina, tek poći putem sve veće nejednakosti i razlikovanja do ivice umiranja, a do boljeg života za one koji su se znali snaći u novčanoj privredi.

PODRIJETLO I RAŠIRENOST ENDEMIJSKOG SIFILISA U BOSNI i HERCEGOVINI

L. Dojmi.

Što je zapravo endemijski sifilis?

Grön daje ovu definiciju: »tim nazivom označujemo onaj sifilis, koji je ograničen na veći ili manji teritorij i vrijeme, koji se naglo pojavljuje i širi u sve slojeve pučanstva, bez obzira na starost, spol i društveni položaj a uglavnom ekstragenitalno i kome je podrijetlo nejasno ili tek naknadno pobliže utvrđeno«.

Iako bi se ovoj definiciji Gröna moglo u nečemu i da prigovori, ipak mislim, da je baš obzirom na naš endemijski sifilis u Bosni i Hercegovini točna. Definicija ne obuhvata nikakve osobite kliničke manifestacije, koje bi bile karakteristične za endemijski lues, a koje je u nas Glückova škola htjela da pripiše endemijskom sifilisu i po njima da stvori i posebnu klasifikaciju i mjesto za end. sifilis u sifilidologiji uopće.

U ovome kratkom referatu osvrnut ću se osim na sifilis u nas u kratko i na endemije u drugim državama i krajevima, te iznijeti nešto i o podrijetlu i raširenosti sifilisa u narodu, jer smatram, da je to od važnosti za bolje prosuđivanje same bolesti i u uskoj vezi sa njenom proširenošću u ovim dvjema pokrajinama.

1. Historijat endemijskog sifilisa.

Sifilis, koji se je, kako je poznato, krajem 15. stoljeća pojavio u Evropi u formi pandemije, ostavio je za sobom u nizu stoljeća više ograničenih endemija u raznim krajevima Evrope; tako na pr. u Njemačkoj (Nürnberg), Danskoj, Švicarskoj (Bern) i t. d. Kasnije u 17. i 18. stoljeću spominju se endemije luesa u Škotskoj (navodno prenešena Cronwell-ovim ratovima), Irskoj, Norveškoj (t. zv. »Radesyge«, navodno prenešena jednim ruskim brodom na zapadnoj obali), Švedskoj (navodno preneseno vojnicima iz rusko-švedskog rata početkom 18. stoljeća). Čak se i u Kanadi spominje jača endemija sifilisa u to vrijeme.

Endemija luesa bilo je u 18. i 19. stoljeću u Sedmogradskoj, Galiciji i u Bukovini (Kuculi podkarpatski).

I u Rusiji, evropskoj i azijskoj, bilo je, a ima i dandanas, mnogo krajeva s endemijskim sifilisom; tako u Astrahanu, Burjato-Mongoliji, u krajevima oko Tomska (među Kalmidima) i t. d. Neki stručnjaci zastupaju mišljenje, da je sifilis donesen u Evropu iz centralne Azije, a ne iz Amerike, i to upadima centralno-azijskih plemena; po njihovom se mišljenju endemije sifilisa dadu u kontinuitetu i danas slijediti od mongolskih i centralno-azijskih predjela preko Afganistana, Perzije i Anadolije sve do Rusije i Balkana.

U balkanskim zemljama spominju se jače endemije u Grčkoj, Rumuniji, Bugarskoj i Turskoj. U Grčkoj se bolest pod naslovom »Spyrokolon« ili »Frango« (»Franzo«) pojavljuje u većem opsegu za vrijeme rata za oslobođenje (1820—25). Bolest je navodno prenesena turskim vojskama. U Rumuniji, (osobito u Moldaviji) spominje se lues još 1816, a istodobno ga je bilo i u obližnjim gubernijama u Rusiji.

Prelazeći na endemije luesa u granicama naše države, treba u prvome redu da spomenem »Škrljevo«*. Kako je, kada i odakle bolest pridošla, razna su a često i protivrječna mišljenja. Bolest je vjerojatno počela oko Rijeke i odatle se dalje širila. Prve sigurne vijesti imamo godine 1800 (Oberfisik M a š i ć). Interesantno je napomenuti (po G r ö n u), da komisija sa peštanskog Sveučilišta, koja je 1801, pod vodstvom S t a h n y a, došla na Rijeku i Hrvatsko primorje da razvidi bolest, navodi, kao jedan od vjerojatnih izvora zaraze, da je neki stanovnik iz Kukuljanova, nakon trogodišnjeg boravka u Bosni, prenio bolest.

U to vrijeme spominje se sifilis i oko Cazina, dakle sifilis je postojao u to vrijeme već u Bosni.

Bolest je bila naročito jako proširena za vrijeme okupacije Dalmacije i Hrvatskog primorja od strane Napoleona, kako izvještavaju B a g n e r i i C a m b i e r i, koji su čak o »škrljevu« poslali i jedan memorandum Medicinskoj akademiji u Parizu. C a m b i e r i izvještava, da je po izvršenim pregledima pronašao među 39.000 stanovnika 6.000 teških, a 8.000 lakih slučajeva oboljenja** (Grön).

U to se vrijeme spominje endemijski sifilis i u okolini Dubrovnika pod imenom »mal di Breno«. Nakon odlaska Francuza (1814) posjetio je čak austrijski car Franjo I. krajeve oboljenle od »škrljeva«. Od 1818—19 primila je i liječila specijalna bolnica u Kraljevici, koja je bila smještena u nekadanjem Frankopanskom gradu (dvorcu), 19.000 osoba oboljelih od škrljeva***. Za suzbijanje bolesti bile su poduzete veoma stroge mjere tako: zabrana ženidbe, posjećivanja

* Naziv po jednom mjestu u Hrvatskom Primorju.

** Treba s velikom rezervom uzeti navedene brojke.

*** Kao što se i kod kasnijih ispitivanja endemije pokazale česte griješke u dijagnostici luesa, kome su se dodavala i druga razna kožna oboljenja, sigurno je da je i u tom broju bio dobar dio bolesnika sa drugim nesifilitičnim pojavama.

bolesnika (razgovori za pletenom žicom!) a čak su neka mjesta bila opkoljena vojničkim kordonima. Bolnicu u Kraljevici posjetili su prof. Sigmund, Hebra, Pernhoffer, Lorinsen. Poduzete stroge mjere izolacije i liječenja dale su navodno u toku 40 godina tako dobre rezultate, da se je bolnica u Kraljevici godine 1859 zatvorila.

Godine 1848-9 pojavila se jača endemija sifilisa i u blizini kupališta Lipik (Slavonija) te je zbog liječenja bolesnika bila podignuta i 1 bolnica sa 120 kreveta.

Godine 1860 spominje se ponovno »škrljevo« u okolini Dubrovnika, osobito uz Rijeku dubrovačku, a 1880—1881 proširena je veoma bolest u nekim krajevima Dalmacije, tako da je otvorena i bolnica u Šibeniku za liječenje sifilitičara.

U Srbiji je prema poznatim podatcima još godine 1836 bilo mnogo luesa, osobito u okruzima kruševačkom i gurgusovačkom. U jednom pismu od 4. juna 1838. spominje se oko 500 bolesnika od luesa u tim krajevima. U gurgusovačkom se okrugu tih godina podigla i jedna bolnica za liječenje sifilitičara (T. Djorđević). Bolest se nazivala »frenga«. U podatcima iz ondašnjeg vremena spominje se i nadriliječnik Gojko Marković, koji je na veliko narod liječio od te bolesti.

2. Podrijetlo endemijskog sifilisa u Bosni i Hercegovini.

Mišljenja su o podrijetlu endemijskog luesa podijeljena. Postoje u glavnom dva mišljenja: jedno, da je sifilis skoro isključivo podrijetlom sa Istoka, t. j. iz Turske (Glückova škola); drugo, da je sifilis dopro u Bosnu i Hercegovinu i sa Istoka i Zapada. Ovo bi pitanje imalo samo čisto historijsko značenje, da nije Glückova škola pokušala da dovede i podrijetlo i starost end. sifilisa u vezu sa njegovim sadanjim kliničkim manifestacijama, koje bi sifilisu u Bosni i Hercegovini opravdale posebno mjesto u sifilidologiji uopće. Kako je ovo pitanje veoma važno, smatram da je potrebno, da se njime malo dulje zabavim.

Fleger, kao glavni zastupnik Glückove škole, u svojoj radnji o podrijetlu i starosti endemijskog sifilisa, bazira svoje mišljenje o starosti i turskom podrijetlu endemijskog luesa na ovim podatcima.

1. Pisani spomenici, koje on navodi o starosti endemijskog sifilisa su ovi: »Libellus medicinalis« od Fra Stipana Krističevića iz godine 1834. i članak Frane Jukića u 8. svesku »Bosanskog prijatelja«** iz godine 1850, u kojem se spominje, da su Osmanlije prenijeli sifilis prije nekih 50 godina u Bosnu, t. j. krajem osamnaestog stoljeća. (Napominjem, da taj datum nekako koincidira sa prvim vijestima o pojavi »škrljeva« u Hrvatskom Primorju!)

** Vidi na drugoj strani!

2. Sličnost kliničke slike između bosanskog i maloazijskog luesa govori za tursko podrijetlo (»lues ima karakter i morfološku sliku end. sifilisa samo onda, ako je prenesen iz kojeg drugog endemičnog centra, inače se slika bolesti ne mijenja, ona naime zadrži karakter sporadičnog luesa«).

3. End. sifilis je još i dandanas najviše proširen tamo, kud su išli stari turski drumovi, t. j. prolazile vojske.

4. Sifilis nije mogao da se prenese sa Zapada, jer je postojala stroga izolacija na granicama prema susjednim zemljama, a pokrajina je u pogledu političkih i trgovačkih veza bila upućena skoro isključivo na Istok.

5. Pretežni se broj oboljelih od end. sifilisa nalazi i danas među muslimanima skoro u svim dijelovima pokrajine (osim u nekim krajevima Hercegovine i Centralnoj Bosni kao na pr. Fojnica, Kreševo, Zenica i t. d.) baš stoga, što je muslimansko stanovništvo bilo u bližem kontaktu s turskim vojnicima, prenosiocima bolesti.

Pokušat ću da opovrgnem navedene Flegerove tvrdnje. Ići ću redom.

Ad 1. »Libellus medicinalis« od Fra Krističevića nema nikakve važnosti za prosuđivanje starosti i podrijetla sifilisa. On nam samo potvrđuje, da je već prvom polovinom 19. stoljeća bio lues u Bosni dobro poznat. Izvještaj Fra Jukića, koji navodi, da je sifilis prenesen prije nekih 50 godina (t. j. početkom 19 stoljeća) po Osmanlijama i Arnautima, nije ničim dokumentiran.

Za potvrdu da je sifilis još prije tog datuma bio u Bosni poznat navodim ova 3 pismena spomenika:

a) U članku dr. Ćire Truhelke: »Tursko-slovljenski spomenici dubrovačke arhive«, Glasnik Zemaljskog muzeja u B. i H. svezak XXIII. od 1911. na strani 221 stoji i ovaj pasus: »1. decembra 1509. (dakle nepunih 15 godina nakon epidemične pojave sifilisa na Zapadu! Op. pisca) bijaše njegov sin Mehmed Ćelebija u Dubrovniku, da se liječi »a morbo Francie«. To je prvi historički spomen ovoj teškoj bolesti u Bosni. Bolesnik mora da je bio teško bolestan, jer obične darove nije predao osobno, nego ih je poslao od kuće u kojoj je bio otsio«.

** Pasus glasi ovako: Frenjak (Scorbutum); ova bolest prije 50 godina donešena u Bosnu po Osmanlijama i Arnautima, zato je najviše ima između Sarajeva i Travnika, kud su ovi prolazili; jest otrovna, otruje se, bolesnoga uzimajući kamiš, kašiku i t. d. Oni na kojim se nalazi neka se čuvaju od graha i kukuruzovog kruha. Ima po Bosni dosta samoukih, koji od frenjka liječe, daju ape (pilule), ali budući da u ape miješaju žive, to gore biva, te udari u noge. Evo, kako se ova bolest liječi: uzmi karamfila (Dianthus Carophillus), modrog kamena, bijele paščetine, svakog pojednako, stuci sve u prah i sve miješaj. Uzmi malo više nego može stati na paru sitnicu, metni u cijev i puhni u grlo i odmah se napij vode studene, to čini 3—4 dana, a kad na dvor frenjak iziđe, onda rečeni prah umiješaj u kiselo mlijeko, metni u bakren sud i neka na dvoru stoji dan i noć jednu osobito vedru, pa s onim neka maže, kud se je frenjak ukazao stojeći u vruću. (Po prof. Fra Pavi Dragičeviću.)

Ovaj nam dokumenat ne potvrđuje samo da je već početkom 16 stoljeća moralo biti sifilisa u Bosni i Hercegovini kao i drugdje u Evropi, već i to, da je vjerojatno u to doba došao i sa Zapada. Istina, mi ne možemo, po navedenom dokumentu isključiti, da se Ćelebija nije mogao zaraziti i iz kakvog drugog izvora, koji je došao sa Istoka, ali je mnogo vjerojatnije, kad se uzme u obzir kratki razmak vremena otkada se na Zapadu po prvi puta pojavio sifilis u strašnim dimenzijama, da je zaraza uslijedila s te strane, iako, ponavljam, nitko ne može ustvrditi, da se sifilis u to vrijeme nije mogao direktno sa Zapada proširiti i na Istok.

Uostalom teško je epidemiološki shvatiti, da se zaraza, kao sifilis, mogla širiti samo u stalnom jednom razdoblju vremena (naime početkom 19. stoljeća, kako Fleger tvrdi) i samo jednim putem, t. j. turskim vojskama, dok ga je još ranije bilo mnogo, skoro u svim zemljama zapadne Evrope.

b) Članak Kemure (Glasnik Zemaljskog Muzeja u B. i H. 1908. strana 193) spominje Evliju Ćelebiju, turskog spisatelja koji pišući godine 1659 o ljekovitom vrelu Kiseljaku, navodi i ovo: »Kiseljak ... jedno je vrelo dobro za svrab, lišaje i kraste po tijelu, pa i za »frenjak«.

c) Pater Vidošević u svojoj knjizi »Prontuarium rerum diversarium«* iz godine 1826. strana 115 i 117 spominje frenjak ovim riječima: »Likarija za Frenjak. Ako je unutra (nutarnji) pije se salo jazavčevo ½ litre; ako je zdvora maži istim salom, a kada iziđe 4—5 kašika toga sala popi. N. B. ne jedi graha ni bijelog luka«.

Ad. 2. U pogledu sličnosti kliničke slike između bosanskog i maloazijskog luesa, koju (sličnost) Fleger dovodi u vezu sa posebnim karakterom i morfološkom slikom našeg end. sifilisa imao bih da kažem ovo: prema tom tvrđenju logično bi se dalo zaključiti, da postoji neki poseban soj spiroheta endemijskog luesa, što nije ničim dokazano. Znamo, da većina autora danas više ne pripušta postojanje nekih posebnih dermotropnih ni neurotropnih virusa, o kojima se toliko pisalo i eksperimentiralo, a koji bi nas razlozi mogli navesti na to da predpostavimo postojanje nekog specijalnog soja spiroheta endemijskog luesa? Biološke pak razlike između soja end. spirohete i soja sporadične spirohete, nijesu se dale dokazati, kako je to eksperimentalno na životinjama utvrdio Vuletić.

Ad. 3. Tvrdnja o proširenosti end. sifilisa uz nekadanje turske drumove, kuda su vojske prolazile, mora se priznati, odgovara većim dijelom stvarnosti, ali u pogledu koincidencije sifilisa i lepre na koje bolesti nailazimo baš tamo, kuda su vojske prolazile, kao i u krajevima, gdje su se zadržavali veći kontin-

* Knjigu posjeduje prof. Fra Pavo Dragičević, profesor na mostarskoj Franjevačkoj bogosloviji, inače poznati naš odlični historičar. Dužnost mi je da se veleučenom Fra Pavi i na ovome mjestu zahvalim najsrdačnije za mnoge historijske podatke u ovome referatu.

genti vojske ili preduzimale vojne operacije, nije ta koincidencija baš tako izrazita svugdje, a naročito pak ne odgovara za gatački kotar (koji Fleger navodi) u kojem sifilisa, u koliko je meni poznato, skoro i nema. Ne stoji ni tvrdnja, da su sifilisom najviše zaraženi krajevi oko granica (osim Posavine!) jer, kako je poznato, najveća legla sifilisa nalaze se baš u Centralnoj Bosni (to spominje i Fra Jukić još godine 1850).

Ad. 4. Iznesena tvrdnja, da je do pred austrijskom okupacijom postojala skoro potpuna izolacija granica i politički i trgovački prema susjednim zemljama nije točna, jer znamo dobro, da su postojale jake trgovačke i druge veze u pograničnim krajevima, a osobito s Dalmacijom i Dubrovnikom.* U ostalom u ono vrijeme nije ni moglo biti onih zaštitnih mjera na granicama kod pojava epidemija, kao što ih dandanas imamo. Gornja tvrdnja dakle ne isključuje mogućnost, da je lues mogao doprijeti u Bosnu i sa Zapadnih strana. I sam Fleger za sifilis u bosanskoj Krajini priznaje, da postoji teoretska mogućnost, da je zapadno-evropskog podrijetla, (da li se taj endemijski sifilis u Krajini, pošto je vjerojatno zapadnog podrijetla, razlikuje po svome karakteru i morfološkoj slici od ostaloga u Bosni? . . .) uzevši u obzir sam naziv bolesti »frenjak«** a i navedenu činjenicu, da je u Hrvatskoj Krajini, a osobito u Primorju bilo koncem 18. stoljeća mnogo luesa (vidi »Škrljevo«!)

Ad. 5. Činjenica, da se pretežni broj oboljelih od sifilisa nalazi baš među muslimanima, ne može nam služiti kao dokaz, da je sifilis u B. i H. isključivo turskog podrijetla. Istina nitko ne bi mogao osporiti, da se zaraza, ukoliko je donesena turskim vojnicima, nije jače širila baš među njihovim istovjernicima, muslimanima Bosne, ali nam za znatno jaču proširenost sifilisa među muslimanima govore mnogi razlozi:

---

* O tome je pisao mnogo Prof. Rudolf Zaplata (Vidi: Glasnik zemaljskog muzeja za B. i H. br. 45, 1933 i 46, 1934) pa Dr. Ćorović (Vidi: Bosansko-hercegovački trgovci — »Godišnjica Nikole Čupića XXXV. 212—223. Beograd 1923.). U trgovačkim vezama između Bosne, Dalmacije i Slavonije igrali su važnu ulogu osobito sarajevski Židovi (Španjoli). Trgovina je išla najviše na Dubrovnik a i preko Livna na Split. O trgovačkim vezama Splita sa Bosnom pisao je Prof. Dr. Grga Novak [»Split u svjetskom prometu«]. Promet se vršio najviše konjskim karavanama. Iz Bosne je dolazilo samo po sol oko 100.000 konja (tovara) godišnje, a donosila se i vuna, željezo, stoka, koža i t. d. Uz dalmatinska primorska mjesta igralo je važnu ulogu kao trgovačko mjesto i Slavonski i Bosanski Brod.

** Frenjak od Franko = Francuz. Taj se naziv za sifilis upotrebljava skoro svugdje u narodu na Balkanu. (Vidi poglavlje: Historijat end. sifilisa!) čak i na dalmatinskim otocima (na pr. na otoku Visu postoji naziv »froncav« i »ofroncati se«). U Bosni su svi Zapadno-Evropljani (osobito Talijani) bili »Franci« — kao što se je analogno za vrijeme Austrije (a i dandanas ponegdje) naziv »Švabo« odnosio na svakoga tko je nosio uske hlače bez obzira na njegovu narodnost. Pridjev od imenice »Franko, Francuz« se upotrebljava i inače u Bosni — tako na pr.: sjediti »a la franka« t. j. na stolici.

a) muslimani često i lako (sada veoma rijetko) mijenjaju, t. j. otpuštaju, svoje žene, pa uslijed toga otpuštenice lako prenose sifilis, ako su se u braku zarazile i k svojim ukućanima, a ako se preudaju i u novu obitelj (G r i n).

b) jedan od važnih faktora, koji je inače dosada ignoriran, a koji je, po mome mišljenju a i po kojem sadanjem primjeru, morao u prijašnje vrijeme igrati dosta veliku ulogu u širenju sifilisa specijalno među muslimanima, jest »sunećenje« (obrezivanje) a osobito tamo, gdje se to skupno, t. j. kod više djece na jednom, vršilo. U primitivnim prilikama, pod kojima se to vršilo, bez nadzora, dezinfekcije i t. d., dosta je bilo da je jedno dijete bolesno, pa da se preko njega zarazi veliki broj druge djece. O takvom inplantiranom luesu ima mnogo primjera i drugdje, gdje je bilo uzrokom postanka ponekih (istina manjih) endemija u srednjem vijeku. Tako G r ö n spominje endemije, koje su nastale u 16. stoljeću uslijed »Shröppfen« (stavljanje rogova u raznim ondašnjim banjama), tako 1577 u Brünnu pa Banbergu, Wirzburgu, Winzheimu i t. d.

Na koncu iznosim nekoliko podataka baš o sifilisu u Turskoj, a koji govore protiv Flegerovog mišljenja o turskom podrijetlu našeg luesa. Pasus navodim doslovno po G r ö n u : »Izgleda ipak, da je sifilis u Orijentu u prvoj polovini prošlog stoljeća bio relativno malo proširen. Po B. Sternu, dok je lues 1832 bijesnio u Moldaviji i Vlaškoj, u Turskoj je bio rijedak. Oppenheim javlja, da se oko 1838 u Turskoj nailaze rjeđe na lica bez nosa i na druge teške posljedice luesa, nego li u Evropi. Istom godine 1852 izvještava Riegler, da se sifilis brzo proširio po Orijentu«.

Kao zaključak ovome poglavlju mogu da ustvrdim ovo: nitko ne može osporiti, da su vrlo vjerojatno i turske vojske, koje su bile rekrutovane iz drugih krajeva (Mala Azija!) i stizale u više mahova u Bosnu (tako Mahmut-paša 1832, Omer-paša 1849 pa i ranije druge vojske) mogle u svome prolazu kroz Bosnu prenijeti i sifilis, ali to sve opet ne dokazuje, da se sifilis nije mogao k nama uvući i sa zapadnih strana, tim više, što znamo, da su i razne vojske sa Zapada dopirale u Bosnu (tako je god. 1686 mletačka vojska doprla do Počitelja, a 1715 do Mostara; Eugen Savojski 1697 do Sarajeva, a u god. 1716-18, 1737, 1789-91 bili su upadi austrijskih vojska na sjevernim granicama).

4. *Raširenost endemijskog sifilisa.*

Neću se zaustavljati na mršavim podatcima o sifilisu prije okupacije B. i H. t. j. do god. 1878 (koje sam u glavnom već iznio u poglavlju o podrijetlu luesa) već ću odmah iznijeti stanje luesa za vrijeme austrijske uprave, navesti podatke od početka sistematskog rada na iznalaženju luesa od g. 1905 pa do pred svjetski rat i usporediti ih sa podatcima, koji su pronađeni od početka sistematske akcije na terenu od god. 1927-33.

Tabela br. 1 pokazuje nam broj oboljelih od 1905 do 1911, a br. 2 od 1927 do 1933 (ekskluzivno!).*

Kada sumiramo brojeve iz svih 6 rejona prema tabeli br. 2 dobivamo ove podatke:

Od 1,760.520 stanovnika, koliko ih je tada imala Bosna i Hercegovina, pregledano je od početka sifilis akcije do 1933 godine 483.000 osoba, uzeto je krvi na serološki pregled 93.537, ukupno je pronađeno zaraženih 76.496, od toga 169 primarnog, 17.577 sekundarnog, 6.943 tercijarnog, 33.276 latentnog i 15.099 neodređenog.

Procenat luetičara prema ukupnom broju stanovništva iznosi 4.5%, a prem a broju pregledanih 15.28%.

Najzaraženiji rejon je Travnik, a od kotareva Fojnica sa 25.55% luetičara.

Ako usporedimo navedene brojeve sa podatcima od prije 20 godina, dolazimo do ovih rezultata:

Godine 1911 u 37 kotareva iznosio je broj sifilitičara 41.398, a sada u 41 kotaru, u kojima se vršio pregled, pronađeno je 76496. Ako od toga broja odbijemo broj latentnih, koji su pronađeni serološkom pretragom krvi, — što se u ono vrijeme nije moglo vršiti — dolazimo do cifre 44.220, dakle približno do istog nalaza kao i pred 20 godina.

Odnos između pojedinih forma luesa također se nije mnogo izmijenio. Broj primarnog afekta je približno jednak (190 : 169), a sekundarizam kao i onda zauzima veliku većinu svih manifestnih forma (skoro ¾).

Kotarevi Fojnica, Visoko, Tuzla, Gračanica i Zenica pokazuju kao i prije 20 godina najveći postotak zaraženosti. Znatno je povećan postotak u kotarevima Travnik, Visoko, Fojnica, Zenica, Tuzla, Gračanica, Sarajevo, Prozor i Vlasenica, a znatno je smanjen postotak u Višegradu, Čajniču, Foči i Kladnju, a nešto i u Jajcu, Maglaju, Bos. Petrovcu i Krupi.

Možemo tvrditi, da su glavna endemijska legla ostala u toku 20 godina ista.

Kako podatci, koje sam iznio, ne proizlaze (osim malo iznimaka) iz pregleda cijelog stanovništva jednog kotara, to možemo mirne duše da dobivenom ukupnom broju luetičara nadodamo još bar jednu trećinu od pronađenog i tako bismo dobili okruglo isti broj luetičara kao i prije 20 godina, tj. oko 100.000. To bi značilo, da se lues u B. i H. nije ni povećao ni smanjio, t. j. da efekat rada na suzbijanju, koji je provodila bivša vlada Bosne i Hercegovine, nije

* Koga pobliže interesiraju podaci vidi moj članak: Raširenost end. sifilisa u B. i H. Glasnik C. H. Z. Svezak 5, knjiga XII 1934.

Raširenost end. sifilisa u Bosni i Hercegovini od 1905—1911 god. Tabela br. 1.

Oblast i mjesta		Broj stanovnika	Broj pregledanih	Pronađeno zaraženih			Ukupno I. + II. i III.	% oboljelih od sveukup. broja stan.
				I.	II.	III.		
Bihać	Ključ	11.644	10.736	1	876	237	1.114	
	Sanski Most	18.001	16.590	—	233	184	417	
	Krupa B.	—	5.816	—	288	115	403	
	Petrovac B.	14.288	11.647	2	290	189	481	
	Cazin	32.727	18.053	5	929	450	1.388	
	Ukupno:	76.660	62.842	8	2.616	1.179	3.803	4.9
Banja Luka	Kotor Varoš	—	—	4	289	117	410	
	Derventa	22.761	21.645	13	314	162	489	
	Jajce	3.972	3.836	—	341	102	443	
	Tešanj	39.000	37.815	16	850	837	1.703	
	Dubica B.	10.783	10.160	7	71	69	147	
	Varcar Vakuf	12.735	9.819	—	213	43	256	
	Prnjavor	3.485	3.324	19	265	98	382	
	Ukupno:	92.736	86.599	59	2.343	1.428	3.830	4.1
Tuzla	Tuzla selo	42.259	36.004	5	5.280	769	6.054	
	Gračanica	31.904	18.214	—	1.064	775	1.839	
	Maglaj	16.614	12.664	2	611	455	1.068	
	Zvornik	29.692	27.016	—	959	429	1.388	
	Vlasenica	19.617	19.354	—	515	224	739	
	Brčko	—	—	4	494	101	599	
	Gradačac	57.234	40.682	35	1.290	458	1.783	
	Bijeljina	13.330	12.117	3	218	30	251	
	Kladanj	9.445	8.736	—	706	178	884	
	Srebrenica	15.005	10.527	4	491	115	610	
	Žepče	12.059	13.305	—	675	200	875	
	Ukupno:	247.159	198.619	53	12.303	3.734	16.090	6.5
Mostar	Konjic	—	—	—	113	49	162	
	Ljubuški	22.448	10.645	—	422	50	472	
	Livno	2.774	2.240	1	50	24	75	
	Ukupno:	25.222	12.885	1	585	123	709	2.8
Travnik	Travnik	13.037	13.852	—	622	258	880	
	Bugojno	15.833	13.407	—	914	382	1.296	
	Prozor	5.891	3.515	—	70	42	112	
	Zenica	18.612	13.947	3	1.156	765	1.924	
	Ukupno:	53.373	44.721	3	2.762	1.447	4.212	7.9
Sarajevo	Sarajevo	18.794	8.977	35	1.042	286	1.363	
	Fojnica	—	—	3	2.028	491	2.522	
	Visoko	28.308	21.493	23	2.228	1.000	3.251	
	Rogatica	22.047	16.636	1	747	224	972	
	Foča	39.906	25.232	—	1.983	225	2.208	
	Višegrad	—	—	4	405	163	572	
	Čajniče	20.029	18.825	—	1701	165	1.866	
	Ukupno:	129.084	91.163	66	10.134	2.554	12.754	9,9
Svega ukupno:		624.234	496.829	190	30.743	10.465	41.398	6.6

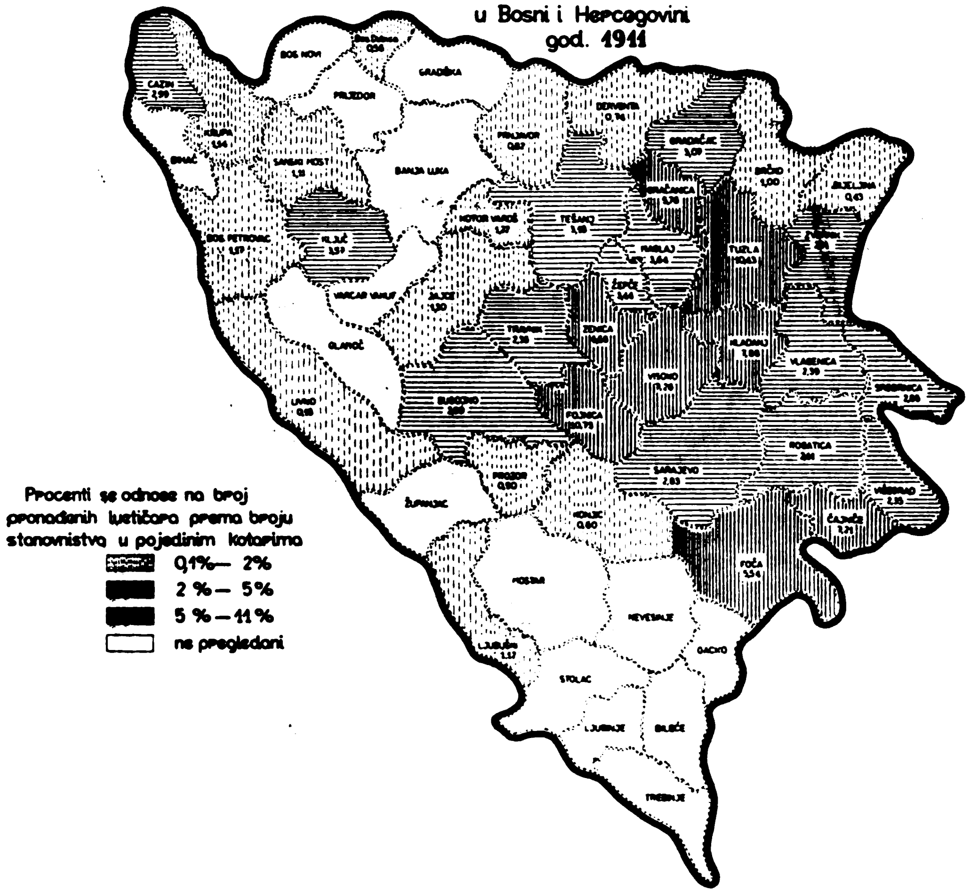
Raširenost end. sifilisa u Bosni i Hercegovini od 1927.—1933. god.

Tabela br. 2.

Oblast ili rejon*	Broj stanovnika	Broj pregledanih	Uzeto krvi na Wa. R.	Pronađeno zaraženih						Ukupno:	% prema broju pregledanih	% prema broju stanovnika
				I.	Neodređenog luesa	II.	III.	L. lat.	L. cong.			
Bihać	217.023	62.142	5.044	85	3.450	1.249	383	2.393	7	7.567	12.18	3.48
Banja Luka	423.240	26.734	—	38	1.438	769	1.067	1.339	89	4.740	17.72	1.12
Tuzla	416.413	63.819	14.893	—	11.460	2.857	1.962	3.821	62	20.182	31.62	4.85
Mostar	265.330	38.897	31.082	—	301	51	36	3.784	—	4.172	10.72	1.57
Travnik	151.300	33.223	19.399	46	—	6.975	1.167	5.971	168	14.327	43.12	9.48
Sarajevo	287.214	158.338	23.119	—	796	6.426	2.338	15.958	—	25.508	16.1	8.85
Ukupno:	1,760.530	483.153	93.537	169	15.099	17.577	6.943	33.276	326	76.496	15.28	4.5

* prema sjedištima centara za suzbijanje end. sifilisa.

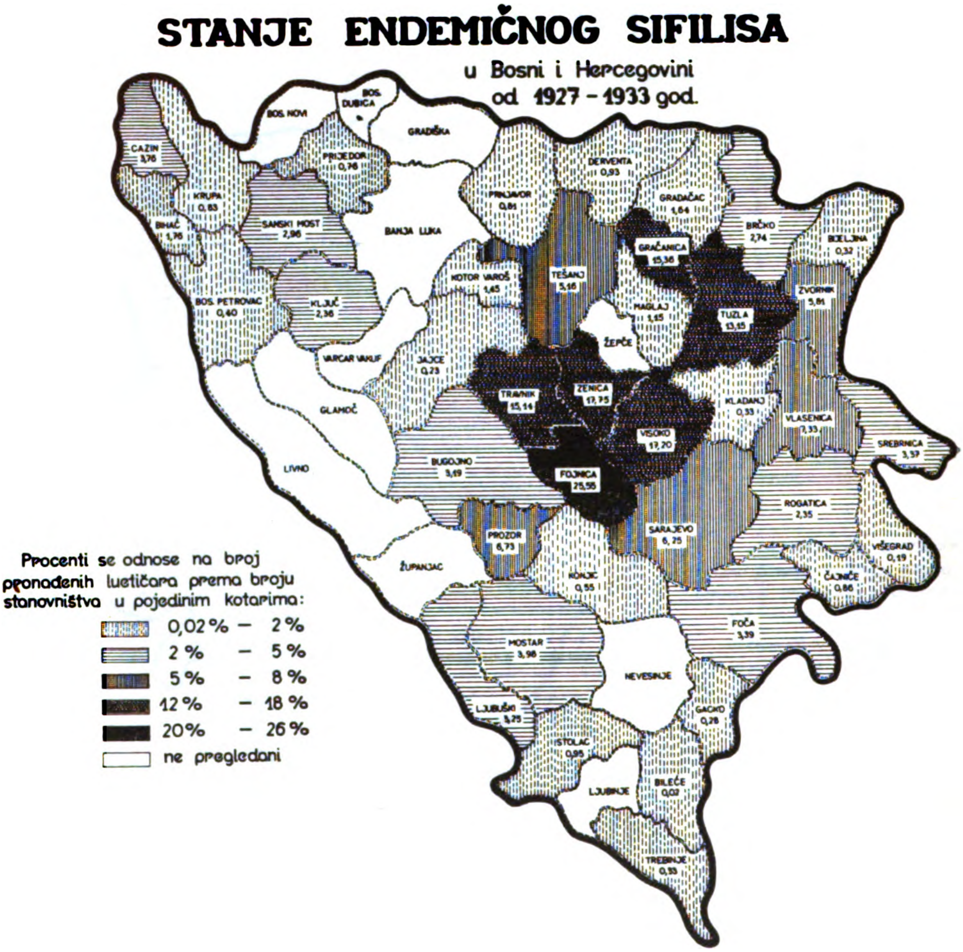
STANJE ENDEMIČNOG SIFILISA



imao nikakvog osobitog utjecaja na endemiju, iako je bio uložen veliki trud i utrošen veliki novac.

Što se tiče raširenosti po vjeroispovjestima, prema podatcima iz svih krajeva proizlazi u glavnom, da je sifilis najrašireniji među muslimanima, zatim među katolicima a najmanje ga ima među pravoslavnima, a po zanimanju ogroman je broj među seljacima.

U pogledu položaja naselja i proširenosti luesa, t. j. da li ga ima više u ravnicama ili brdskim krajevima, da li ga ima više uz drumove ili dalje od njih, ne može se donijeti jedan opći zaključak; za neke krajeve smio bih da ustvrdim, da ga uz glavne ceste ima manje, jer je tamošnji stanovnik bolje upućen i napredniji, a lakše mu je bilo doći i do liječenja.



Iako u navedenim tablicama br. 1 i 2 ima sigurno dosta dijagnostičkih netočnosti, što je s obzirom na svrhu akcije i nedovoljnu opskrbu dijagnostičkim pomagalima posve razumljivo, one ipak daju barem približnu sliku raširenosti end. sifilisa u Bosni i Hercegovini.

ENDEMIJSKI SIFILIS KOD DJECE

B. Dragišić

Studij endemijskog sifilisa na terenu iznosi pred pedijatra mnoge interesantne, kako znanstvene, tako i socijalne probleme, te sam se zbog toga vrlo rado odazvao pozivu Škole narodnog zdravlja u Zagrebu, da kao pedijatar sudjelujem u anketi, koja je imala zadatak, da znanstveno ispita endemijski sifilis. Jedno od najvažnijih pitanja, koje je još uvijek sporno, je kongenitalni postanak endemijskog sifilisa, u kome se pitanju autori znatno razilaze, a gdje pedijatar, po mome mišljenju, ima da kaže glavnu riječ. Od ne manjeg interesa je simptomatologija endemijskog sifilisa, njegov odnos prema sporadičnom, ev. razlike u kliničkoj simptomatologiji i toku itd., nadalje pitanje visceralnog kao i neuroluesa, način prenošenja endemijskog sifilisa, odnošaj kongenitalnih anomalija, nakaznosti i degenerativnih simptoma uopće prema endemijskom sifilisu, pa onda nada sve zanimljivo pitanje heredodistrofije i t. zv. »sifilis larvée« francuskih autora. I na kraju jedno od najvažnijih pitanja utjecaj endemijskog sifilisa na mortalitet novorođenčadi, dojenčadi i djece.

Kako se iz ovih ukratko nabačenih problema vidi, moj zadatak kao pedijatra bio je neobično težak i pun odvornosti, a smatram, da će moji nalazi doprinijeti razbistravanju problema endemijskog sifilisa.

Nastojat ću da svoja opažanja i nalaze iznesem objektivno i kritički, uvaživši sve činjenice, koje kod rješavanja tako delikatnih problema dolaze u obzir. Pored studija endemijskog sifilisa jasno je, da je za mene kao pedijatra bio od velikoga interesa i studij drugih čisto stručno pedijatričkih pitanja, kao načina ishrane dojenčadi i djece, rahitisa i njegovog odnosa prema endemijskom sifilisu, studij infekcioznih bolesti itd. Mnoga od ovih čisto pedijatričkih zapažanja dodirnut ću ukratko u ovoj radnji, a nekima ću se pozabaviti u drugim radnjama.

Ima autora, kao n. pr. Grön, koji tvrde, da endemijski sifilis ima za Evropu, izuzevši Rusiju, samo historijski, dapače antikvarni interes. Odmah na početku hoću da istaknem, da što se tiče naše Bosne, ne može biti ni govora o nekom antikvarnom interesu kod upravo strahovitog mortaliteta novorođenčadi i dojenčadi u travničkoj oblasti. Ništa nije prirodnije, nego da taj mortalitet pripisujemo u prvome redu samome sifilisu. Na činjenicu mortaliteta vratit ću se još kasnije u posebnom poglavlju.

Lues congenita kod endemijskog sifilisa

Kako sam već istaknuo na početku, kongenitalni postanak endemijskog sifilisa još je uvijek sporan, pa ću prije nego što iznesem svoje vlastite nalaze spomenuti u kratkom pregledu dosadašnje nalaze drugih autora sa područja raznih endemija i osvrnut ću se naročito na nalaze naših sifilidologa u Bosni.

Od ruskih autora spominjem Generopitowzowa po kome 66% endemičara obolјeva kongenitalno. Po Pernhoffer-u u mnogim slučajevima se može ustanoviti kongenitalnost. No pošto karakteristični znakovi za lues kongenita u ovakvim slučajevima većinom manjkaju ,teško je razlikovati po Pernhoffer-u kongenitalne od stečenih forma.

Po Zeissl-u veliki broj i djece i odraslih ne boluje od stečenog, nego od kongenitalnog luesa, a naročito od lues tarda. Kongenitalni sifilis je uzrokom velikog mortaliteta djece po Jeanselm-u, a istog je nazora i von Düring Pascha, koji drži, da kod endemija zbog toga ne viđamo tako često kongenitalni sifilis, kako bi se to moglo očekivati, jer djeca u masama umiru. Na drugoj strani je grupa autora, koji govore o rijetkosti kongenitalnog sifilisa, kao Nikolski i Jannin. Po ovim autorima je kongenitalni sifilis zbog toga rijedak, jer se roditelji za vrijeme sklapanja braka nalaze već u III. stadiju, te su »malo infekciozni«.

A sada da pređemo na nalaze naših sifidologa iz Bosne. U prvom redu spominjemo Glücka, čijim se bogatim iskustvima pripisuje naročito značenje. Po Glücku kod endemijskog sifilisa u Bosni nema onih slika bolesti, koje opažamo kod kong. sifilisa. Po Glückovim iskustvima iz rodilišta, ni jedna jedina seljakinja, koja je rodila u rodilištu, nije donijela na svijet sifilitičko dijete. Sifilitički fetusi bili su prije rata najveća rijetkost. Glück je često promatrao kako majke sa ranim ili kasnim sifilisom rađaju donošenu zdravu i jaku djecu. Ozaena, rhinitis, pemphigus, ne dolaze nikada po Glückovim tvrdnjama u krajevima endemijskog sifilisa. Isto tako nema Hutchinsonovog triasa, kao ni deformiteta na zubima, kojima je Glück posvetio naročitu pažnju. Fleger tvrdi također, »da nema kod novorođenčadi ni ozaena, ni rinitida, ni pemphigusa, jednako kao ni ostalih Hutchinsonovih simptoma«. Ovo je očito štamparska pogreška, jer kod novorođenčadi ne može biti Hutchinsonovih simptoma. Pobačaji su po Flegeru neobično rijetki, ako ih uopće ima. Sifilis dojenčadi je veoma rijedak, a recidivni sifilis prve dječje dobe pojavljuje se samo lokalno kao papule usta i anusa. Najčešća i najglavnija forma po Flegeru je kongenitalni tardivni sifilis, koji nosi tercijarni karakter. Postotak guma kod tardivnog sifilisa je neobično velik, te baš po njima naš sifilis i nosi odlike sifilisa sui generis. Vuletić, koji raspolaže velikim iskustvom baš iz travničke oblasti tvrdi, da je potpuno pogrešno mišljenje da endemičarke rađaju uvijek zdravu djecu. Vuletić je često sretao coryze, pemphiguse, otekle žlijezde, povećanu slezenu, promjene na kostima i tako dalje, te tvrdi, po mom mišljenju sasvim ispravno, da je nemoguće, kako on kaže, tu klasičnu sliku kongenitalnog luesa zamijeniti sa

čime drugim. Pošto se žene zaraze ekstragenitalno u najranijoj dobi ili su kongenitalno luetičke iz toga rezultira veća mogućnost zdravog poroda, nego kod žena sa sporadičkim sifilisom. Na osnovu svojih iskustava došao je Vuletić do istih rezultata kao i von Düring-Pascha, da se kongenitalni sifilis viđa u Bosni ipak rjeđe nego što bi se to očekivalo zbog veoma velike smrtnosti novorođenčadi. Ovdje hoću da istaknem, da na osnovu mojih opažanja i nalaza potpuno dijelim Vuletićev nazor.

Kako se vidi iz ovoga kratkoga pregleda o pitanju kongenitalnog luesa kod endemijskog sifilisa dva su nazora: po prvome ogroman dio slučajeva je kongenitalne naravi, dok drugi nazor negira uobičajene slike bolesti kod kongenitalnog sifilisa, te ide tako daleko, da tvrdi da sifilističke majke sa područja endemijskog sifilisa rađaju uvijek zdravu djecu, da su sifilitički fetusi kao i pobačaji neobično rijetki. Prije nego što iznesem svoje nalaze o lues cong. kod endemijskog sifilisa ne će biti na odmet, da se u najkraćim potezima pozabavim načinom prenošenja luesa uopće, kako je danas utvrđen i priznan od ogromne većine autora u modernoj sifilidologiji.

Važno je da se osvrnemo i na pitanje nomeklature, budući da još i danas nailazimo u mnogim publikacijama, pa i kod sifidologa, izvjesne nomenklature, koje ne odgovaraju našim najnovijim spoznajama. Erich Hoffmann predlaže, da se prijašnji naziv »hereditarni ili nasljedni sifilis« sasvim zabaci, jer prenošenje spirohete nema po njemu nikakve veze sa naslijeđem, čiji su nam zakoni dobro poznati. Isti autor predlaže, a to je danas općenito usvojeno, da se zadrži naziv lues congenita, koji je uobičajen u cijeloj svjetskoj literaturi. Za tešku fetalnu formu kongenitalnog luesa predlaže Hoffmann ime lues innata, »eingeborene Syphilis«, dok naziv lues connatalis i post natalis rezervira za lakše forme kongenitalnog luesa, već prema roku u kojem se javljaju.

Teorija germinativnog (paternog) sifilisa. Po Hoffmannu je ova teorija postala neodrživa, otkada je otkrivena spiroheta. Svaka majka sifilitičnog djeteta je latentno ili manifestno bolesna i nju treba smatrati odgovornim nosiocem virusa.

Paterni sifilis pokušalo se razjasniti na taj način, da sperma sifilitičkih ljudi sadrži spirohete i da ih dalje prenosi. Veličina spirohete prema glavici sperme onemogućuje ovaj nazor, pa su pristalice paternog sifilisa pribjegli za opravdanje svojih nazora t. zv. »granuläre Virusform«. Hoffmann iznosi protiv teorije germinativnog sifilisa, da bi kod tako zarazne bolesti, kao što je sifilis, inficirana sperma morala prije zaraziti majku, nego minimalno jaje, koje je od prirode zaštićeno od anaerobne spirohete.

Germinativno t. j. kako oogeno, tako i spermatogeno prenošenje sifilisa može se danas smatrati kao potpuno nedokazano i zabačeno (Hoffmann).

Dijaplacentarna infekcija je jedini put kako se prenosi sifilis.

Matzenauerova rečenica: »Ohne syphilitische Mutter gibt es kein syphilitisches Kind« ima danas punu vrijednost, kako kaže Hoffmann. Spirohete sa bolesne majke ne moraju preći na fetus, no prenos je to češći, što je infekcija majke svježija i jača. Kod teškog i neliječenog luesa dolaze abortusi, mrtvi i macerirani plodovi ili prerani porod.

Za prosuđivanje prenosa kod neliječenoga sifilisa pa time i kod endemijskog smatramo da je vrlo važno, da istaknemo doslovno slijedeći Hoffmannov nazor: »Tokom vremena bolest slabi postepeno i bez specifičke terapije, te djeca dolaze onda pravovremeno na svijet bolesna ili prividno zdrava, da bi prije ili kasnije pokazala manifestne znakove sifilisa. U nizu mrtve i bolesne djece može doći do poroda potpuno zdravog djeteta, koje je izbjeglo infekciji«.

Što se tiče prenosa luesa na drugu i treću generaciju, znamo iz iskustava kod sporadičkog sifilisa, da neliječena ili nedovoljno liječena majka sa kongenitalnim luesom može prenijeti lues u dobi kada je sposobna za rađanje »iznimno jedamput na svoje dijete«.

Još je jedan pojam važan za naša razmatranja, a to je lues congenita binaria. Pod ovim pojmom razumijeva Hoffmann dvostruki prenos, t. j. dijete se pored dijaplacentarne infekcije kratko prije poroda inficira osim toga i u toku samoga poroda pasažom kroz infekciozne papule i erozije porođajnih puteva, pri čemu spirohete ulaze kožom. Nastaje dakle superinfekcija. U ovakvim slučajevima dadu se ustanoviti primarni afekti na glavi. Hoffmann na pr. raspolaže sa 10 slučajeva binernog sifilisa sa sigurno dokazanim primarnim afektima na glavi. Eksogena infekcija može nastati i poslije poroda, na pr. od dojkinje.

Pošto smo u kratkim potezima izložili način prenošenja kongenitalnoga luesa, držeći se uglavnom Hoffmannove terminologije, vratit ćemo se naprijed postavljenom pitanju, kako se prenosi endemijski sifilis? Kako znamo iz literature, kao prva i najvažnija karakteristika endemijskog sifilisa navodi se baš ta činjenica, da se on u velikoj većini slučajeva prenosi ekstragenitalno. Ekstragenitalni prenos je važan kod djece. L. Glück je na pr. imao prilike, da na svome odjelu od 1897 godine pa do 1904 godine promatra 215 djece ispod 14 godina sa svježim akviriranim luesom. Zaraza nastaje većinom preko usta, gdje se nađu i primarni afekti. L. Glück, koji inače tvrdi da je primarni afekt neobično rijedak kod endemijskog sifilisa, našao je kod 35 djece od 169 primarni afekt, što iznosi oko 20%. Ima autora, kao v. Düring-Pascha, koji kod djece nikada nisu našli primarnih afekata. Svakako će neku ulogu kod ekstragenitalnoga prenosa igrati i t. zv. vakcinalni sifilis, kod dojenčadi, kako je to utvrđeno kod većih ili manjih epidemija. Pored ekstragenitalnoga prenosa svakako je važan i dijaplacentarni prenos i kod endemijskog sifilisa, za što govore i moji nalazi, da kongenitalnoga sifilisa sa svima klasičnim kliničkim slikama ima i to relativno dosta na području endemijskog sifilisa u travničkoj oblasti. Na osnovu iskustava kod sporadičkog sifilisa znamo, kako smo to spomenuli naprijed, da neliječeni sifilis postepeno slabi, te da može doći do poroda potpuno zdravog djeteta, koje je izbjeglo infekciji.

Relativno česta pojava kongenitalnoga luesa kod dojenčadi i malene djece u travničkoj oblasti govori protiv toga, da se prenošljivost generacijama neliječenog luesa može ugasiti.

Tabela o frekvenciji lues congenita kod endemijskog sifilisa

Općina	Turbe	Opare	G. Vakuf	Bila	Svega
Ukupni broj luetičke djece	21	29	58	52	160
Lues cong.	4	19	28	8	59
Pobačaja	29	13	31	36	109
Mrtvorođene djece	3	—	4	16	23
Nedonošene djece	24	—	28	—	52

Kako vidimo iz ove tabele, ima relativno dosta kongenitalnoga luesa kao i pobačaja i nedonošene djece. Data o pobačajima kao i nedonošenoj i mrtvorođenoj djeci uzeta su na osnovu anamnestičkih podataka, koji, kako znamo, nijesu uvijek pouzdani i sigurni. Što se tiče kliničke slike kongenitalnog luesa, ističem, da sam vidio sve one forme, koje nalazimo i kod sporadičnog sifilisa, kao atrofije, debilitas vitae congenita, pemfigoidne sifilide na dlanovima i tabanima, osteohondritise, tumore slezene i jetre, ragade oko usta itd. Kod sporadičkog sifilisa znamo, da svi ovi pobrojani simptomi govore za tešku i ranu dijaplacetarnu infekciju, iz čega slijedi, da i u tome pogledu nema nikakove razlike među sporadičkim i endemijskim sifilisom.

Istina je, da sam pregledao jedan cio niz djece, čiji su roditelji bili luetični i podvrgnuti terapiji (»dobijali igle«) a koja nisu pokazivala nikakovih luetičnih simptoma.

Svoja razlaganja o kongenitalnom postanku endemijskog sifilisa zaključujem kako slijedi:

1. Na osnovu mojih nalaza ne stoji tvrdnja Glücka, da kod endemijskog sifilisa u Bosni nema onih slika bolesti, koje opažamo kod kongenitalnog sifilisa, jer sam nalazio, kako sam gore spomenuo, sve izrazite simptome kongenitalnoga sifilisa i to takve, koji govore za tešku i ranu dijaplacentarnu infekciju.

2. Pobačaji kao i mrtvorođenčad nijesu neobično rijetke pojave, nego dapače česte.

3. Sifilis dojenčadi nije rijedak, a viđamo ga zbog toga malo kod endemijskog sifilisa, jer dojenčad u velikom broju umire.

4. Ne stoji tvrdnja, da sifilitičke majke sa područja endemijskog sifilisa »rađaju uvijek zdravu djecu«, a ukoliko rađaju zdravu djecu ta činjenica ne zaslužuje, da se pripisuje kao naročita karakteristika endemijskog luesa, jer te pojave dolaze i kod sporadičkog.

Simptomatologija endemijskog sifilisa kod djece.

Simptomatologija kongenitalnog luesa kod dojenčadi i malene djece ne razlikuje se ni u čemu, kako smo to već istakli, od uobičajenih slika kod sporadičnog sifilisa. Razlikovanje među kongenitalnim i stečenim formama samo na osnovu simptomatologije nije uvijek lako, kako je to utvrdio između ostalih i v. Pernhoffer. Jedan od najkarakterističnijih znakova endemijskog sifilisa je velika rijetkost primarnih afekata. L. Glück od 3887 slučajeva nije



Sl. 1.
Primarni afekt na donjoj usni.

vidio ni jednu sklerozu kod odraslih, međutim ih je nalazio više kod djece. Nedostatak primarnih afekata razjašnjava se time, što ih bolesnici ne opaze i ne pridaju im veću važnost. U mome materijalu imao sam prilike da promatram dva primarna afekta (koje opisuje i Gušić) i to na tonzili kod 13-godišnje djevojčice u općini Gornji Vakuf i kod 8-godišnjeg dječaka na donjoj usni u istoj općini.

Š. Lj. 13-godišnja djevojčica. Anamneza: otac umro, majka živa, seropozitivna. Rodila 10-tero djece, žive 4, dok je 6 umrlo. Pobačaj nijedan.

Status praesens: S desne strane vrata iza ugla mandibule ispred sternocleidomastoideusa,

kao i za njega, paket oteklih žlijezda tvrde konzistencije, od kojih je najveća i najtvrđa žlijezda iza ugla mandibule. Cio predio vrata daje na toj strani utisak difuzne otekline. Supraklavikularne, aksilarne kao i kubitalne žlijezde na dotičnoj strani su također otekle i tvrde konzistencije. Na lijevoj strani vrata postoje također otekline žlijezda, ali daleko manje. Ingvinalne žlijezde otekle na obje strane. Tumor hepatis et lienis, izrazita anemija, mršavost, slab turgor. Otolaringološki nalaz (Gušić): Na gornjem polu desne tonzile piramidasti infiltrat, već cikatriziran sa udubljenim cikatrijelnim mjestima. Obje tonzile podjednako povećane.

Kod drugog slučaja radi se o 8-godišnjem dječaku, muslimanu iz sela blizu G. Vakufa, koji anamnestički navodi, da mu je bila prije 1 godinu i prije 3 mjeseca izvađena krv, oba puta sa negativnim rezultatom. Prije 8 dana je opazio na donjoj usni malu ranicu i žlijezde pod desnom vilicom, koje ga ne bole. Objektivno smo utvrdili tipičnu sclerosis errosiva labii inf. lat. dextri, nešto veću od leće i scleradenitis submentalis et submaxillaris dextra indolens. Spirohete u tamnome polju nisu nađene. Serološki je bio još negativan.

Samo ova dva slučaja primarnih afekata kod djece ne govore za rijetkost primarnih afekata kod djece, što je uostalom potvrdio i sam L. Glück na svome materijalu.

Promjene na sluznicama.

Kod tipičnog kongenitalnog luesa dojenčadi i malene djece nalazio sam između ostalih simptoma i klasičnu coryzu syphiliticu. Što se tiče sedlastoga nosa, to bih na osnovu pretraženog materijala mogao ustvrditi, da taj simptom ni izdaleka nije sigurnim znakom luesa uopće. Kako znamo, sedlasti nos kod sifilisa nastaje na taj način, što se specifički proces sa površine širi u dubinu, zahvaća hrskavicu ili skelet nosa, te uslijed destrukcije obaju dijelova dolazi do deformacije nosa. Sedlasti nos nalazio sam vrlo često i kod one djece, koja nisu pokazivala nikakvih znakova sifilisa i koja su imala negativne seroreakcije. Od ukupno pregledane 935 djece našao sam sedlasti nos 134 puta. Od toga kod luetične djece 39 puta.

Papule u ustima. Afekcije sluznica su kod eudemijskog sifilisa neobično česte, te u Glück-ovom materijalu iznose 55%. Pored Glücka upozorili su i drugi autori kao Lewy-Bing, Gerbay, Eskobar i Lacapère na česte afekcije u ustima kod djece. Pored toga upozorio je L. Glück na osnovu svoga materijala na česte i jake otekline žlijezda iza ugla mandibule kao znak bukalne afekcije, koja je kod djece razumljivo i najčešća. V. Düring Pascha je našao, da 40% svih tercijarnih slučajeva pokazuju destruktivne procese na nepcu i nosu. Ima autora po kojima su afekcije u ustima još češće nego što pokazuju gore spomenute brojke. Papule u ustima mogu dolaziti i kod kongenitalnoga luesa u t. zv. recidivnom periodu. Najviše papula nalazio sam u općini Gornji Vakuf, gdje je bilo i najviše luesa.

Tabelarni pregled promjena na sluznicama.

Općina	Ukupni broj luetičke djece	Papule u ustima	5 godina	6 „	7 „	8 „	9 „	10 „	12 „	13 „	15	Laryngitis	8 godina	9 „	10 „	11 „	12 „	13 „	14 „	Condylomata lata	11 mjeseci	6 godina
Turbe	21	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Opare	29	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	1
G. Vakuf	58	10	1	1	1	—	1	—	5	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Bila	52	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	6	1	—	1	1	1	1	1	—	—	—
Svega	160	11	2	1	1	—	1	—	5	1	—	7	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1

Kako proizlazi iz ove tabele, u kojoj nije uključena coryza syphilitica, promjene na sluznicama dolaze najčešće u obliku papula.

Najmlađe dijete sa papulama bilo je staro 5 godina, dok se najveći broj papula nalazi u kasnome djetinjstvu. Bukalna infekcija može nastati direktno od roditelja ili iz najbliže okoline. No najvjerojatnije je, da će najvažniju ulogu kod zaraze igrati zajedničko posuđe, kojega kod velike bijede i siromaštva stanovništva u travničkom okrugu nema na odmet. Moguća je i zaraza djece za vrijeme igre raznim predmetima. Što se tiče oteklina žlijezda iza ugla mandibule kao znaka bukalne afekcije, a na koju je upozorio Glück, primjećujem, da sam baš kod djece u Boljevcu općina Gornji Vakuf, gdje je bilo najviše luesa i papula u ustima, nalazio otekle žlijezde iza ugla mandibule.

Laryngitis je dosta česta pojava kod endemijskog sifilisa, kako nam to pokazuju nalazi pojedinih autora kod raznih sifilitičkih endemija. Kobler i L. Glück našli su laryngitis u Sarajevu kod 22%. U mome materijalu ima laringitisa, kako se vidi iz tabele, u svemu 7 slučajeva, i to većinom kod starije djece. Najmlađe dijete sa laringitisom bilo je staro 9 godina.

Condylomata lata našao sam samo 2 puta i to kod 11-mjesečnog dojenčeta i 6-godišnjeg djeteta.

Alopecia syphilitica. Po A. Glücku je vrlo rijetka. Na 7.500 slučajeva našao je Glück alopeciju samo kod 2 slučaja. Kod djece našao sam alopeciju samo 7 puta prema 160 luetičke djece, što u procentima iznosi 0,43%. Alopeciju sam nalazio uglavnom kod starije djece, a kako znamo iz sifilidologije alopecia u maloj areolarnoj formi ili difuzna kod starije dojenčadi i malene djece uvijek je sumnjiva na akvirirani lues. U mome materijalu ima daleko više alopecija, koje ni po svome izgledu nisu bile karakteristične za lues, a

njihova učestalost kod djece koja žive u vrlo lošim higijenskim prilikama, gdje ima neobično mnogo impetiginoznih ekcema glave, kao i raznih drugih kožnih afekcija nije nimalo čudnovata. Isto bih imao da primjetim i kod oteklina raznih žlijezda. Hochsinger je polagao veliku važnost na otoke žlijezda, naročito kubitalnih, a pored toga torakalnih ili paramamilarnih, dok drugi autori upozoruju i na aksilarne žlijezde. Taj simptom oteklina žlijezda teško je upotrijebiti kao dijagnostičko sredstvo za sifilis kod djece, koja žive u lošim higijenskim prilikama i gdje su kožne afekcije razne naravi neobično česte. Po mojim iskustvima ne dade se dakle upotrijebiti ovaj simptom za pouzdanu dijagnostiku sifilisa kod rada na terenu.

Lues kostiju i zglobova.

Lues kostiju i zglobova po istraživanjima drugih autora kod raznih endemija je vrlo čest. Po Khijin-u (Rusija) ima 61% guma kostiju, a von Düring Pascha spominje između ostalih simptoma kongenitalnog sifilisa,



Sl. 2.
Gumozni procesi na kostima.



Sl. 3.
Gumozni procesi na kostima.

da su promjene na kostima i zglobovima vrlo česte, a naročito na zglobovima koljena. Po njemu rijetko sa eksudatom. Što se tiče koštanog i zglobnog sifilisa kod endemijskog luesa u Bosni postoji vrlo lijepa i interesantna publikacija Delića i Grina, koji su između ostalih zanimljivih rezultata našli i to,

da od osteoartikularnog sifilisa otpada 10% na djecu od poroda do 10 godine. Po njihovim rezultatima nema nikakove razlike, što se tiče zglobno-koštanih manifestacija, između kongenitalnog i akviriranog luesa.

Moji nalazi potvrđuju u tome pogledu nazor spomenutih autora, da u kliničkim manifestacijama luesa kostiju nema nikakve razlike između sporadičnog i endemijskog sifilisa. Sve one kliničke manifestacije, koje smo vični promatrati kod sporadičnog sifilisa, dolaze i kod endemijskog; samo bih htio da istaknem, da je po mojim nalazima među kliničkim formama luesa kostiju najčešća ostitis et periostitis syphilitica lokalizirana na tibiji.

Gumozne procese na kostima, koji karakteriziraju više luetičke promjene u kasnome djetinjstvu vidio sam svega kod 2 slučaja, i to u općini Gornji Vakuf i Turbe.

1. slučaj M. Č. 10 god. dječak. Za svoj vijek vrlo slabo ishranjen, neobično slabog turgora i jako blijed. Status praesens: Na čelu nad lijevim tuber frontale i na tjemenu ožiljci veličine pola dinara. Nešto manji ožiljak ispod lijevoga lakta. Radius i ulna odebljani, proksimalne epifize vretenaste. Na sredini lijeve potkoljenice guma veličine 2 dinara, dok je desna potkoljenica in toto odebljana, a rub tibije je jako izbočen i strm. Na lateralnoj strani 3 ožiljka veličine 50 para.

2. slučaj S. A. 15 god. dječak. Status praesens: na lijevoj podlaktici gumozne brazgotine. Iste takove brazgotine na desnom ramenu i desnom stegnu veličine jednog dinara kao i na unutarnjoj strani lijevoga stegna u veličini 2 dinara. Obje tibije na svom prednjem rubu znatno odebljane.

Pored promjena na kostima postoje ožiljci na pharingsu kao i rhinitis atrophica. Očni nalaz: amauroza, conjunctivitis catarrhalis chronica, ectropium palpebrae inf. dex., leucoma i staphyloma oc. sin.

Tabela o starosti djece sa luesom kostiju:

Općina	Godine starosti													
	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	15	Svega
Turbe							1				1		1	3
Opare	1	1					1							3
G. Vakuf			1		4	1	1	1	6	1	4	2		21
Bila				1		1	1			1	1			5
Svega	1	1	1	1	4	2	4	1	6	2	6	2	1	32

Kako se iz ove tabele razabire najveći broj luetičkih oboljenja kostiju pronađen je u općini Gornji Vakuf, gdje je bilo najviše luesa kod djece na pretraženome području. Iza Gornjeg Vakufa dolazi Bila a onda Opare i Turbe sa jednakim brojem slučajeva. U odnosu prema ukupnom broju lutetične djece od 160, pronađene su promjene na kostima kod 32 slučaja, što iznosi 20%.

Kako znamo iz opće sifilidologije, postoje razlike u kliničkoj simptomatologiji što se tiče kostiju između dojenačkog doba i kasnoga djetinjstva. Dok kod dojenčadi prevladavaju više ostheochondritis, periostitis i osteomyelitis fibrosa rareficans po njemačkim autorima, a po Péhu-u pored ove forme dolazi i do produktivnih i hiperplastičkih promjena, za kasno djetinjstvo više su karakteristični ulcerozni i gumozni procesi. Po Erichu Mülleru kod potonjih procesa ne radi se o nikakvom lues tarda, nego o aktivaciji spiroheta iz njihovih skrivališta. Ulcerozni i gumozni procesi na



Sl. 4.
Lues tertiaria kože (Iz materijala Vuletić-Kogoj)

kostima dolaze prvenstveno kod one djece, koja uopće nisu liječena ili su nedovoljno liječena. Te bi pojave dakle značile recidive neliječenoga luesa. Ako se osvrnemo na našu tabelu o starosti djece sa luesom kostiju, onda vidimo, da najviše luetičkih promjena na kostima pokazuju djeca u 10-toj i u 12 godini, dakle u kasnijem djetinjstvu. Prema iskustvima kod sporadičnog sifilisa očekivali bismo, da će biti više gumoznih forma s obzirom da se radi o djeci, koja uopće nisu liječena; međutim, kako sam to već unaprijed istakao, našli smo gumozne procese samo kod 2 djece. Najčešća forma bio je ostitis i periostitis luetica sa pretežnom lokalizacijom na tibiji.

Zaključujući poglavlje o luetičkim promjenama na kostima kod endemijskog sifilisa kod djece držimo, da nema nikakvih razlika između sporadičnog i endemijskog sifilisa, što se tiče promjena na kostima. Jedina stvar, koja izgleda neobična, jest napadno malen broj pronađenih gumoznih procesa.

Promjene na zubima.

Što se tiče promjena na zubima kod endemijskog sifilisa ne slažu se nalazi pojedinih autora kod raznih endemija. Po von D ü r i n g P a s c h i Hutchinsonovi zubi dolaze među kongenitalnim sifilitičkim promjenama, dok A. G l ü c k tvrdi, da nema Hutchinsonovog triasa, kao ni drugih deformiteta na zubima, kojima je posvetio naročitu pažnju.

Mi znamo, da ima autora, koji osporavaju, da su Hutchinsonov trias, pa time i promjene na zubima, patognomični za kongenitalni lues (H a m b u r g e r). Po H o c h s i n g e r u nastaju Hutchinsonovi zubi na bazi ranog teškog rahitisa. Svoj nazor opravdava H o c h s i n g e r velikom sklonošću kongenitalno luetičke dojenčadi engleskoj bolesti. Zbog toga što nijedno kongenitalno luetično dojenče ne izbjegne rahitisu nalazimo Hutchinsonove promjene na zubima kod sve djece sa kongenitalnim luesom. Po sadašnjem nazoru velike većine autora promjene na zubima, onakve kakove ih je opisao Hutchinson, predstavljaju patognomičan simptom kongenitalnoga luesa, te ne dolaze ni kod jedne druge bolesti.

Neće biti na odmet da iznesemo ukratko sve dosada opisane promjene na zubima kod sifilitičke djece. Po F o u r n i e r u trebale bi da budu za sifilis karakteristične slijedeće promjene na zubima: mikrodontija, dijastaza, t. zv. »hipoplazija« i nepravilan oblik. Od drugih promjena ističu se atrofije na površini za žvakanje, a osim toga su sifilitični zubi razdijeljeni poprečnim prugama na dva dijela, od kojih je manji, i to onaj prema površini žvakanja, iskrivljen. Potonje promjene nisu navodno karakteristične za sifilis, već se javljaju i kod drugih kroničnih bolesti, uslijed kojih slabi otporna snaga organizma. Sifilitični zubi pokazuju razne nepravilne oblike, no te promjene nisu tipične. Među ovim tipičnim formama spominjemo pored već istaknutog mikrodontizma, erozija i hipoplazija i lake lomivosti, t. zv. r i b l j i z u b (Fischzahn) koga sam vidio često. Ima autora koji su našli sifilitičke promjene i na mliječnome zubalu. Po W i m b e r g e r u dolazi do fetalnog oštećenja zuba, čija je posljedica uništenje srednjeg gornjeg sjekutića. Mliječno zubalo po nazoru ogromne većine autora ne pokazuje nikakvih promjena, koje bi bile patognomične i karakteristične za lues.

Na osnovu mojih nalaza, smatram, da je opravdano mišljenje G l ü c k o v o, da se deformiteti na zubima kod endemijskog sifilisa, onako kako ih je opisao Hutchinson, viđaju neobično rijetko, kao uostalom i kod našeg sporadičnog luesa. Hipoplazije, erozije, mikrodentizam viđao sam neobično često, no moram istaći, da sam i na mliječnom zubalu našao promjene u obliku polumjesečastih defekata.

Potonjem nalazu, kao i ostalim spomenutim promjenama na mliječnom i trajnom zubalu, ne pridajem naročitu važnost, te ih ne smatram karakteristič-

nim za lues. Na terenu, gdje pored endemijskog sifilisa imade ogroman broj rahitičke djece, do 83% od ukupno pregledane djece, teško je razlikovati promjene koje je izazvao rahitis na zubalu od onih, koje izaziva sifilis. Kod ogromne raširenosti rahitisa moguće je, po mome mišljenju, da obje bolesti i rahitis i sifilis sudjeluju kod promjena na zubima, no nemoguće je u danom slučaju reći, što otpada na rahitis, a što na sifilis. Prema tome opisane promjene na zubima ne smatram karakterističnim za endemijski sifilis. Hoću samo ponovno da istaknem, da sam pravih Hutchinsonovih zuba vidio neobično malo, kao što je to uostalom i kod spor. luesa.

Keratitis parenchymatosa je rijetka. I von Düring Pascha je ubraja među rjeđe forme. Glück je u Bosni našao, da je keratitida neobično rijetka, što potvrđuje i naš materijal, jer sam ja našao samo 1 jedini slučaj kod 10-godišnje djevojčice u općini Opare (vidi Španić).

Promjene na žlijezdama sa unutarnjom sekrecijom.

U ovome poglavlju teško je reći nešto pozitivnoga što se tiče endemijskog sifilisa. Poznato je, da su dosada dokazane spirohete u raznim žlijezdama sa unutarnjom sekrecijom kao timusu, tireoideji, paratireoideji, hipofizi i nadbubrežnoj žlijezdi. Jasno je, da sifilitičke promjene u endokrinim žlijezdama mogu izazvati najrazličitije slike bolesti, već prema tome, da li je zahvaćena pojedina žlijezda ili cio endokrini sistem. Sa njemačke strane napadaju se francuski autori, a među njima naročito Hutinel, koji su dovodili u usku vezu kongenitalni sifilis i endokrine žlijezde. Ova veza kao i zaključci stvoreni na bazi kliničke simptomatologije smatraju se s njemačke strane hipotetskim. Međutim i njemački autori moraju priznati, da postoji cio niz besprijekorno i kritički obrađenih slučajeva u kojima su dokazane spirohete u endokrinim žlijezdama. Mi se ovdje nećemo upuštati u detaljnija razlaganja i to zbog toga, jer na osnovu naših sadašnjih dijagnostičkih metoda nismo u stanju, a pogotovo ne kod rada na terenu, da postavimo tačne dijagnoze, da su pojedine smetnje sa strane endokrinih žlijezda izazvane sifilisom. No jedna stvar čini mi se ipak vrijedna spomena, a to je, da sam nalazio dosta često mongoloidne idiotije. Da li su mongoloidne idiotije u vezi sa luesom teško je i nemoguće tvrditi. Tim prije, što u literaturi imamo vrlo malo promatranja o slikama bolesti, koje su nastale na bazi sifilitičkih promjena tireoideje. Postoji samo jedno interesantno opažanje Vermelina i Delfoura o familijarnoj pojavi miksedema kod 7 članova jedne luetičke porodice. Dystrophiu adiposogenitalis nisam našao nijedamput u mome materijalu.

Promjene živčanog sistema.

Kao jedna od glavnih karakteristika endemijskog sifilisa navodi se velika rijetkost luesa centralnog živčanog sistema. Baš na osnovu te činjenice traženo je posebno mjesto za endemijski sifilis u sifilidologiji. Kao naročita karakteristika endemijskog sifilisa isticano je pomanjkanje tabesa i paralize. Ono isto što tvrdi G l ü c k za endemijski sifilis u Bosni tvrdi i R e i t h—F r a s e r za sifilis u južnoj Africi.

Mi u ovoj studiji nećemo ulaziti detaljnije u pitanje tabesa i paralize (vidi L o p a š i ć), nego ćemo se ograničiti da iznesemo samo one promjene živčanog sistema kod djece, koje smo opažali kod našega materijala. I l i j e v nije nikada vidio juvenilne progresivne paralize, koja bi nastala na bazi endemijskog sifilisa. Ja nisam opazio nijedan slučaj juvenilne progresivne paralize ili juvenilnoga tabesa.

H y d r o c e p h a l u s l u e t i c u s. Kako znamo iz opće sifilidologije nastaje u toku prvih 3—5 mjeseci života te ne spada među rane simptome kongenitalnoga sifilisa. Karakteristika luetičnoga hydrocephalusa je ta, da nije tako velik kao ostali prirođeni hydrocephalusi i to uslijed sifilitičke hiperostoze kosti, lubanje, koja ne dozvoljava, da se lubanja znatno proširuje. Luetičnih hydrocephalusa vidio sam u svemu 12 slučajeva. Po starosti najmlađe dijete sa hydrocephalusom imalo je 4 mjeseca, a najstarije 12 godina. Najviše hydrocephalusa je od 3—5 godine života. Jasno je, da smo među luetičke hydrocephaluse ubrojili samo onu djecu sa pozitivnim seroreakcijama. Od ostalih sifilitičkih promjena živčanog sistema, kao meningitis syphilitica ili meningoencephalitis na bazi luesa, nismo promatrali nijedan slučaj, pošto nismo imali prilike, da sistematski provodimo lumbalne punkcije i pretražujemo likvore.

U recidivnom periodu kongenitalnoga luesa dolazi do raznih kliničkih slika, koje su posljedice procesa u mozgu još iz dojenačke dobi. Ovamo ubrajaju autori h e m i p l e g i j e i d i p l e g i j e, a neki i L i t t l e-o v u b o l e s t, dalje gumata i smetnje u tjelesnom i duševnom razvoju. Što se tiče diplegija, promatrali smo jedan slučaj spastičke diplegije, a 4 slučaja spastičke hemiplegije. Ne možemo sigurno tvrditi, da su ovi slučajevi luetičke prirode, makar i dolazile kod djece sa pozitivnim seroreakcijama. Od Little-ove bolesti sam promatrao 4 tipična slučaja, no i tu je teško reći, da li je postanak Littlove bolesti u uzročnoj vezi sa sifilisom. U ovakvim slučajevima sa spastičkim hemiplegijama i diplegijama, kao i Little-ove bolesti, nemoguće je u danom slučaju tvrditi bez pretrage likvora, da li su nastali na bazi sifilisa ili ne. Broj epilepsija, koliko sam mogao ustanoviti u mome materijalu, nije velik. Sigurnih epilepsija našao sam samo 8, no bit će da su se mnoge u tome materijalu izgubile i da će ih biti više,što nije nikakvo čudo kod djece gdje je sifilis toliko raširen.

Općina	Hydrocephalus	Morbus Little	Diplegia spastica	Hemiplegia spastica	Epilepsia
Turbe	—	3	—	1	2
Opare	3	—	—	—	1
G. Vakuf	7	1	—	2	2
Bila	2	—	1	1	3
Svega	12	4	1	4	8

Što se tiče kasnih živčanih pojava, tu dolaze, kako je poznato, u prvom redu ukočenost pupila sa smetnjama akomodacije. Neki autori ubrajaju i choreu među bolesti, koje nastaju na bazi kongenitalnog luesa, a opravdavaju svoje stanovište povoljnim djelovanjem salvarzanske terapije. U to pitanje veze choree sa kongenitalnim luesom neću ulaziti, ali je poznato, da ogroman dio autora poriče, da bi chorea imala ikakve veze sa kongenitalnim luesom. Ističem, da sam koreje vidio samo 2 slučaja.

P a r a l i z e i t a b e s i. Kako sam naprijed istakao, nisam opazio ni jedan slučaj juvenilne paralize i tabesa. Oba oboljenja dolaze neobično rijetko na bazi kongenitalnoga luesa. No ipak su poznati slučajevi kod sasvim mlade djece. Najmlađi slučaj juvenilnoga tabesa pronađen je kod 3-godišnjeg djeteta, a progresivna paraliza kod 4-godišnjeg djeteta. Kako su rijetke juvenilne paralize dokazuje najbolje L o p a š i ć e v a statistika. U Stenjevac je bilo primljeno od 1920 godine do 1932 godine u svemu 1162 slučaja progresivnih paraliza, među kojima je bilo samo 6 slučajeva paraliza kod djece. Na neurološkoj klinici u Zagrebu promatrano je od 1923 godine 265 progresivnih paraliza, od toga juvenilnih svega 10, što iznosi 3,5%.

Tabela o ukupnom broju luesa i kliničkim simptomima

Općina	Ukupni broj pregledane djece	Lues	Od toga Lues cong.	Dojenčad	Rano djetinjstvo	Školsko doba	Liječeno	Neliječeno	Meinicke Pozitivan	Meinicke Negativan	Sedlasti nos	Lues kostiju	Papule u ustima	Hydrocephalus	Laryngitis lu.	Alopecia lu.	Condylomata lata	Gumata	Primarni afekt	Keratitis parenchymatosa	Postotak luesa
Turbe	273	21	4	3	4	14	4	17	13	5	3	3	—	—	—	1	1	1	—	—	8%
Opare	162	29	19	13	9	7	3	26	—	2	16	3	—	3	—	1	—	—	—	1	18%
G. Vakuf	150	58	28	6	27	25	4	54	13	5	14	21	10	7	1	2	1	1	2	—	39%
Bila	350	52	8	2	11	39	15	37	28	14	6	5	1	—	6	2	—	—		—	14%
Svega	935	160	59	24	51	85	26	134	54	26	39	32	11	10	7	6	2	2	2	1	17%

Heredodystrophia i takozvani »Syphilis larvée« francuskih autora i endemijski sifilis.

Kako je poznato, postoji u sifilidologiji spor između francuskih i njemačkih autora oko toga, da li je opravdan pojam heredodistrofije na bazi luesa, dalje da li nastaju monstra i kongenitalne anomalije na bazi luesa i da li je uopće opravdan naziv »syphilis larvée« francuskih autora. Bit će vrlo zanimljivo, da na osnovu naših promatranja na velikom materijalu i to na domeni endemijskog sifilisa zađemo kritički i dublje u to interesantno pitanje. Još prije nego što je otkrivena spiroheta Fournier je doveo tabes i paralizu kao i aneurizmu aorte u vezu sa luesom. Poslije otkrića spirohete pokazalo se, da je Fournier imao pravo.

No on je kasnije išao i dalje, pa je dapače tuberkulozu, rahitis, kao i mnoge druge bolesti tumačio kao oboljenja, koja nastaju na bazi kongenitalnoga luesa. Mnoge smetnje doveli su francuski autori, a među njima naročito Hutinel, u vezu sa preboljelom infekcijom fetusa i malenoga djeteta, a bavili su se naročito specifičkim promjenama u žlijezdama sa unutarnjom sekrecijom, kako smo to već istakli u posebnom poglavlju. Čuveni francuski dermatolog Darier iznosi pojam heredodistrofije pod kojim razumijeva: »des troubles développement physique, une disposition a des malformations, comme le ferait un père alcoolique ou tuberculeux«. Dotična distrofija nastaje sa kongenitalnom sifilitičkom afekcijom ili bez nje.

Lesne i Boutelier navode slijedećih 14 područja larviranog sifilisa:

»1. Hérédo-syphilis larvée se manifestant par des troubles de la croissance; 2. Hérédo-syphilis larvée se manifestant par des troubles de nutrition; 3. Hérédo-syphilis larvée a type endocrinien; 4. Hérédo-syphilis larvée et manifestations osteo-articulaires; 5. Hérédo-syphilis larvée à type nerveux; 6. Hérédo-syphilis larvée à syndromes digestifs; 7. Hérédo-syphilis larvée et syndromes hépatiques; 8. Hérédo-syphilis larvée et syndromes respiratoires; 9. Hérédo-syphilis larvée et affections cardio-vasculaires; 10. Hérédo-syphilis larvée et syndromes rénaux; 11. Hérédo-syphilis larvée et syndromes cutanés; 12. Hérédo-syphilis larvée et alterations sanguines; 13. Hérédo-syphilis larvée et atteinte du systeme lymphatique; 14. Hérédo-syphilis larvée se manifestant sous la forme de malformations congénitales.«

Težište cjelokupnog problema i spora leži u tome, dali treba usvojiti nazor po kome sifilitički otrov može pogoršati t. zv. germinativnu plazmu. Po Hoffmannu treba otkloniti ovaj štetni utjecaj, ako nije došlo do dijaplacentarnog prenosa spirohete. Posljedica teorije francuskih autora bila bi po Hoffmannu ta, da bi sifilis u onim zemljama, gdje je jako raširen, u toku stoljeća djelujući na t. zv. »Keimqualitäten« mogao znatno pogoršati rasu. Kada bismo, kako kaže Hoffmann, usvojili smjele i nedovoljno obrazložene nazore francuskih autora o distrofičkim posljedicama

i utjecajima na nasljedne faktore sifilitičkog toksina, morali bismo podvrći cjelokupnu ljudsku patologiju sifilitičkoj etiologiji. Sa njemačke strane se prigovara, da se o distrofičkim procesima luetičke periode može govoriti samo u onim slučajevima, gdje je dokazana spiroheta palida ili njezino sigurno djelovanje. Sve ostale distrofije kod djece sa kongenitalnim luesom ne smiju se pripisivati bez stroge kritike samome luesu kao takovom.

Pošto sam izložio stajalište francuskih autora, kao i prigovore, uglavnom iz Njemačke, pojmu heredodistrofije i t. zv. larviranog sifilisa, bit će zanimljivo da iznesem u tome spornom pitanju svoja opažanja.

Tabela o degenerativnim znakovima i kongenitalnim anomalijama.

Općina	Degeneratio	Imbecillitas	Idiotia	Mongoloidna idiotia	Camptodaktylia	Fistula aur. cong.	Enuresis	Ostale kong. anomalije	Svega
Turbe	1	—	—	1	1	—	—	2	5
Opare	7	—	1	4	5	1	1	2	21
G. Vakuf	10	—	1	2	12	5	—	3	33
Bila	13	5	1	2	8	3	3	3	38
Svega	31	5	3	9	26	9	4	10	97

Kako se iz ove tabele vidi, našao sam kod 97 djece od ukupnog broja 935, degenerativne znakove i kongenitalne anomalije, što u procentima iznosi 9,6%. Ovi nalazi govorili bi u prilog teze francuskih autora. Mi znamo iz opće sifilidologije, da su psihički defekti, koji nastaju na bazi kongenitalnoga luesa kod djece, posljedice sifilisa samoga mozga i oštećenja endokrinih žlijezda. Od autora sa velikim iskustvima u tome pogledu spominjemo Lipmanna i Hustena. 40% duševno debilne djece odpada po Lipmannu na kongenitalni lues, a po Hustenu 50% luetične djece, koja ostanu na životu, postaju idioti ili imbecilni. Među sindrome intelektualne prirode ubraja Fournier slijedeće:

1. Intelektualnu slabost (duševnu ograničenost, debilitet).
2. Idiotiju i teški imbecilitet.
3. Moralnu, etičnu, afektivnu i intelektualnu neuravnoteženost.

O endokrilnim distrofijama na bazi kongenitalnog luesa govorili smo u poglavlju promjena na žlijezdama sa unutarnjom sekrecijom. Francuski autori bili su oni, koji su znatno obogatili naše spoznaje u dotičnom pogledu. U literaturi postoji cio niz sigurnih i kritički obrađenih slučajeva, gdje su se endokrine distrofije razvile sigurno na bazi kongenitalnoga luesa, jer je dokazana spiroheta u endokrinim žlijezdama. Što se tiče mongoloidne idotije, nju smo promatrali, kako se vidi iz tabele, kod 9 slučajeva. Neki autori ubrajaju i mongoloidnu idiotiju među endokrine distrofije na bazi kongenitalnoga luesa. Ja sam spomenuo već naprijed interesantno opažanje Vermeline i Delfoura o familijarnom miksedemu kod 7 članova jedne luetičke porodice. Vezu mongoloidne idiotije i luesa pokušali su dokazati Nonne, Stewens, Lemaire i drugi. Dijagnozu endokrinih distrofija na bazi kongenitalnog luesa postavljati intra vitam je vrlo teško, pa i naše mongoloidne idiotije ne možemo bez daljnjega pripisivati luesu kao takovom.

Još jedno interesantno pitanje, koje je dodirnuto u našoj tabeli, je postanak monstra i kongenitalnih anomalija na bazi kongenitalnoga luesa.

Francuski autori, među njima naročito stariji kliničari iz onoga perioda dok još nije bila otkrivena spiroheta, bili su skloni da postanak monstra i kongenitalnih anomalija dovode u vezu sa luesom. Kod toga pitanja valja postupati veoma kritički i oprezno. U mome materijalu svakako je napadan dosta veliki broj kongenitalnih anomalija kod djece sa područja endemijskog sifilisa. Uz ostale degenerativne znakove nalazio sam često promjene na prstima u obliku kamptodaktilije, dalje kongenitalne fistule uha za koje je Dragišić mogao dokazati i na kliničkom materijalu zagrebačke pedijatričke klinike, da dolaze samo kod one djece kod koje se dadu dokazati i druga degenerativna stigmata. Iz svega naprijed izloženoga slijedi, da se nazori francuskih autora o heredoditrofiji ne smiju a priori zabaciti. Tamo gdje lues godinama i godinama nije liječen, svakako postoji teorijska mogućnost, da sifilis djeluje štetno ne samo na somatičke, nego i psihičke osobine dotičnoga žiteljstva. Ističem, da sam najviše degenerativnih znakova, kongenitalnih anomalija idiotija i imbeciliteta našao u općinama Gornji Vakuf i Bila, gdje je bilo najviše luetičke djece. Ova konstatacija, makar se u svima slučajevima i ne moglo dokazati djelovanje spiroheta, govori u prilog nazora francuskih autora.

Utjecaj endemijskog sifilisa na mortalitet novorođenčadi, dojenčadi i djece.

Kod sporadičnog sifilisa znamo, da je mortalitet kod živorođene luetičke djece ogroman. Stanje se u tome pogledu nije znatno poboljšalo ni zadnjih godina. Statističke podatke o mortalitetu kod kongenitalnoga luesa navest ćemo samo ukratko, kako ih je skupio Hoffmann. U bolnicama iznosi po Neugerathu mortalitet 50—67%, u stanicama zaštite 24—35%, u ambulatorijima 15—19%. Poznato je iskustvo, da najviše luetičke djece umire već u prvoj godini, a naročito u prva tri mjeseca života. Interesantni su podatci Hochsingera, koji je kod 67 porodica slijedio 245 poroda, te je ustanovio nezrelu mrtvorođenčad kod 40.6%, smrt tokom prve godine kod 28.6%, dok je na životu ostalo samo 24.8%. Ovakvi su podatci kod sporadičnog sifilisa.

Što se tiče mortaliteta kod endemijskog sifilisa i oni autori, koji tvrde da je utjecaj endemijskog sifilisa na mortalitet mali, priznaju, da je mortalitet kod djece ogroman. To su iskustva sa područja raznih endemija. I u ovom slučaju činila bi izuzetak po Glücku naša Bosna, jer je Glück tvrdio, da je tok endemijskog sifilisa u Bosni blag. Nije naša stvar, da ispitamo utjecaj endemijskog sifilisa na mortalitet kod odraslih, no i ono što smo našli u travničkoj oblasti govori protiv blagoga toka, a za upravo veliki mortalitet dojenčadi. Mi znamo i kod sporadičkog sifilisa, da mnogo dijete može izbjeći diaplacentarnoj infekciji, naročito u onim slučajevima, gdje je lues liječen ili gdje je zastarjeo. Ta mogućnost postoji i kod endemijskog sifilisa, no dijete koje je izbjeglo diaplacentarnoj infekciji teško će izbjeći u prvim godinama života ekstragenitalnoj infekciji, najčešće bukalnim putem.

Podatke o mortalitetu izradio je Lj. Popović na osnovu drugih statističkih podataka, kao i mojih statusa. 1933 godine na primjer od svih umrlih do prve godine umrlo je 515 duša ili 39.5%. Znači, da je do prve godine umrlo skoro 2/5 od ukupnog broja umrlih. Od 2—5 godine umrlo je 240 ili 16.%. Do 5 godine umrlo je više od 709 (50,5%) više nego polovina svih umrlih. No ima sela u travničkome okrugu gdje je mortalitet još strašniji. U selu Korićanima, koje su posebno ispitali Kogoj, Gušić i Dragišić, umrlo je na pr. 1932 godine 24 lica od toga 21 dijete (88%). U istome selu 1933 godine od 30 umrlih bilo je 26 djece (87%). Što se tiče mortaliteta u travničkoj oblasti u poredbi sa drugim zemljama stoji jedino gore Egipat. Natalitet je isto tako ogroman; u travničkom kotaru veći nego u ijednoj zemlji. U općini Biloj od 1906 ispitanih porodica rodjeno je 1159 djece. Živih je ostalo 710, a umrlo 449. U Vitovlju rođeno je ukupno 1948 djece, od kojih je ostalo na životu 1189, a umrlo 759. Ima žena koje su rodile 28 djece. Od 10—20 djece rodilo je 66 žena, a manje od 5 samo 104 žene.

Kako vidimo iz naprijed navedenih podataka, mortalitet djece u travničkom kotaru je ogroman. Pitanje je, da li je opravdano svoditi mortalitet samo na lues? Na primjer u selu Korićanima bio je mortalitet u 1932 i 1933 godini 88% i 87% kod djece, no u dotičnom selu nismo našli ni jedan slučaj luesa. Svakako s obzirom na higijenski i socijalni nivo žiteljstva iz travničkoga kotara i na potpuno nedovoljnu ishranu bit će da i poremećaji ishrane, naročito kod dojenčadi, igraju vrlo važnu ulogu. U vakufskom kotaru nalazio sam neobično mnogo poremećaja ishrane, teških alimentarnih intoksikacija, dizenterija itd., što će svakako biti od utjecaja na mortalitet. Neki autori tvrde, da na teritoriju endemijskog sifilisa ima vrlo malo sifilisa dojenčadi. Ta činjenica dade se razjasniti time, što dojenčad baš uslijed sifilisa umire u masama. Tu činjenicu utvrdio je von Düring Pascha, a kod nas Vuletić baš u travničkom kotaru. U ukupnom materijalu od 935 djece došlo je na pregled samo 85 dojenčadi. Vjerujem, da su neki ostali i kod kuće, ali sudeći po anamnezama daleko veći broj je izumro u prvim mjesecima života. Uvijek mi je u pameti slučaj jedne majke, koja je rodila 21 dijete, od kojih je ostalo samo 1 na životu. Još jedno pitanje je zanimljivo, a to je, da li godinama neliječen sifilis smanjuje vitalnu otpornost i rasu kao takovu. S obzirom na činjenice koje sam konstatirao u poglavlju heredodistrija i sifilis larvée moram odgovoriti u pozitivnom smislu. Napadno veliki broj djece pokazuje degenerativne znakove, somatičke i psihičke naravi.

Odnos endemijskog sifilisa prema sporadičnom s obzirom na nalaze kod djece.

Na osnovu mojih opažanja i naprijed iznešenih činjenica nema nikakove razlike među sporadičnim i endemijskim sifilisom. Endemijski sifilis je potpuno istovjetan sa neliječenim luesom kako u kliničkoj simptomatologiji, jer kod djece sa endemijskog područja nema ni jednog simptoma, koji ne bi dolazio i kod sporadičkog luesa, tako i svojim tokom, koji nikako nije blag s obzirom na strahoviti mortalitet dojenčadi i veliki mortalitet djece iz ranoga djetinjstva. Svi oblici kongenitalnoga luesa, koji su nam poznati iz opće sifilidologije dolaze kod djece isto tako kao i kod sporadičkoga sifilisa. Ukoliko djeca izbjegnu dijaplacentarnoj infekciji, koja je jedini način kongenitalnoga prenosa luesa, imaju nažalost često prilike, da se zaraze ekstragenitalno. Kod takove djece ima i primarnih afekata i u kliničkoj simptomatologiji svih onih simptoma, koje nalazimo kod akviriranog luesa.

Na osnovu svega naprijed izloženoga smatram, da je posve neopravdano tražiti za endemijski sifilis kod djece posebno mjesto u sifilidologiji. Moja opa-

žanja potvrđuju dakle i u tome pogledu Vuletićev nazor, kako ga je iznio u svojoj radnji »Odnos endemijskog sifilisa prema sporadičnom i eksperimentalnom«.

Na koncu spomenut ću još jedan problem, koji je za pedijatra od velikog interesa, a to je rahitis na području endemijskog sifilisa. Ovdje ću samo istaći, da se broj rahitičke djece po pojedinim općinama kreće od 57%—83%, prosječno 70%. (Vidi »Liječnički Vjesnik« br. 10, 1938).

Zaključak

1. Autor je kao pedijatar sudjelovao u anketi, koja je imala zadatak da ispita endemijski sifilis u centralnoj Bosni, te u ovoj radnji izvještava o rezultatima svojih istraživanja. Pregledao je u svemu 935 djece od kojih je 160 pronađeno bolesnim, što iznosi 17%.

2. Studij endemijskog sifilisa na terenu postavlja pred pedijatra cio niz važnih pitanja kao: kongenitalni postanak endemijskog sifilisa, koji je po mnogim autorima sporan, simptomatologiju endemijskog sifilisa, njegov odnos prema sporadičnom, te eventualne razlike u kliničkoj simptomatologiji i toku, pitanje visceralnog kao i neuroluesa, način prenošenja endemijskog sifilisa, odnošaj kongenitalnih anomalija, nakaznosti i degenerativnih simptoma prema endemijskom sifilisu, nadalje pitanje heredodistrofije i t. zv. »sifilis larvée« francuskih autora s obzirom na endemijski sifilis i na kraju utjecaj endemijskog sifilisa na mortalitet novorođenčadi, dojenčadi i djece.

3. Kongenitalni postanak endemijskog sifilisa. Na osnovu svojih istraživanja smatra autor, da je neodrživ nazor Glückov po kome kod endemijskog sifilisa u Bosni nema onih slika bolesti, koje opažamo kod kongenitalnog sifilisa. Autor je našao relativno mnogo kongenitalnoga sifilisa sa klasičnim kliničkim slikama bolesti i to onakvim, koje kod sporadičkog sifilisa govore za ranu i tešku dijaplacentarnu infekciju. Promatrao je sve uobičajene slike, koje viđamo kod kongenitalnoga luesa, kao coryzu syphiliticu, pemfigoidne sifilide na dlanovima i tabanima, osteohondritide, tumore slezene i jetre, ragade oko usta itd.

Pobačaji kao i mrtvorođena djeca nisu neobično rijetke pojave, kako su to tvrdili dosadašnji autori (Glück, Fleger) nego dapače česte. Sifilis dojenčadi viđa se rjeđe nego što bi se to moglo očekivati, a po mišljenju autora zbog toga, jer dojenčad u masama umire. U tome pogledu slažu se nalazi autorovi sa onima von Düring Pasche i Vuletića. Tvrdnja (Glück)

da sifilitičke majke sa područja endemijskog sifilisa rađaju uvijek zdravu djecu neodrživa je na osnovu mojih iskustava, a u koliko i rađaju zdravu djecu ta činjenica ne zaslužuje da se pripisuje kao naročita karakteristika endemijskom luesu, jer te pojave dolaze i kod sporadičnog neliječenog luesa.

4. Simptomatologija endemijskog sifilisa kod djece. Naročita pažnja posvećena je primarnom afektu, za koji se tvrdilo, da je neobično rijedak kod endemijskog sifilisa. Autor je imao prilike da promatra dva tipična slučaja primarnog afekta na tonzili kod 13-godišnje djevojčice i na donjoj usni kod 8-godišnjeg dječaka. Oba primarna afekta pronađena su u općini Gornji Vakuf, gdje je bilo najviše luetičke djece. Primarnih afekata bit će svakako više kod djece, što svjedoči i čest nalaz residua iza primarnih afekata, što ih je u našem materijalu našao Gušić (vidi tamo).

5. Promjene na sluznicama pronađene su najčešće u obliku papula u ustima, laringitisa i condylomata lata. Najmlađe dijete sa papulama bilo je staro 5 godina, dok se najveći broj papula nalazi u kasnome djetinjstvu. Simptom oteklina žlijezda iza ugla mandibule kao znaka bukalne infekcije nalazio je autor dosta često.

Laryngitis luetica promatrao je autor u svemu 7 slučajeva i to većinom kod starije djece. Najmlađe dijete sa laryngitisom bilo je staro 8 godina.

6. Alopecia syphilitica promatrano je 7 slučajeva. Što se tiče simptoma oteklina raznih žlijezda a naročito kubitalnih po Hochsingeru, smatra autor na osnovu svoga materijala, da se dotični simptom ne može upotrijebiti kao pomoćno dijagnostičko sredstvo za sifilis kod djece na terenu, koja žive u lošim higijenskim prilikama i gdje su kožne afekcije razne naravi sa konzekutivnim oteklinama žlijezda neobično česte.

7. Lues kostiju i zglobova. U kliničkim manifestacijama luesa kostiju nema nikakve razlike između sporadičkog i endemskog sifilisa. Luesa kostiju i zglobova pronađeno je u svemu 32 slučaja prema 160 ukupno luetičke djece, što iznosi 20%. Najčešći oblik luesa kostiju je ostitis i periostitis sa lokalizacijom na tibiji. Gumoznih procesa na kostima vidio sam svega 2 slučaja. Najviše luetičkih promjena na kostima pronađeno je kod djece u 10 i 12 godini, dakle u kasnijem djetinjstvu.

8. Promjene na zubima. U autorovom materijalu je napadno malo slučajeva sa Hutchinsonovim zubima. Kako na trajnom tako i na mliječnom zubalu nađeno je mnogo promjena, koje bi trebale da budu karakteristične za lues: mikrodontija, nepravilni oblici, vrlo česte erozije i hipoplazije i riblji zub. Na terenu gdje pored endemijskog sifilisa ima ogroman broj rahitične djece (do 83%), teško je po autorovom mišljenju razlikovati promjene na zubima, koje je izazvao sifilis, od onih sa rahitisom. Možda obje bolesti sudjeluju kod promjena na zubima.

9. Keratitis parenchymatosa je rijetka. Ja sam pronašao samo jedan jedini slučaj (Vidi Španić).

10. Sedlasti nos nađen je 134 puta kod 935 djece, od toga 39 puta kod luetične djece. Sedlasti nos nije dakle nikakvim sigurnim znakom luesa uopće.

11. Promjene na žlijezdama sa unutarnjom sekrecijom. Budući da je dijagnoza endokrinih smetnja na luetičkoj bazi intra vitam neobično teška, nije autor ulazio detaljnije u dotični problem. Napadna je u njegovom materijalu dosta česta pojava mongoloidnih idiotija.

12. Promjene sa strane živčanog sistema. Luetički hydrocephalus pronađen je kod 12 slučajeva. Najmlađe dijete imalo je 4 mjeseca a najstarije 12 godina. Najviše hydrocephalusa otpada na 3—5 godinu života.

Hemiplegia, diplegia spastica i Littleova bolest. U svemu su promatrana 4 slučaja spastičke hemiplegije, 1 slučaj diplegije, a 4 slučaja Littleove bolesti. Epilepsija 8 slučajeva. Dali su dotične nabrojane pojave luetičke prirode teško je tvrditi. Juvenilnog tabesa i paralize nije autor promatrao ni jedan slučaj (vidi Lopašić, str. 136).

13. Heredodistrofija i sifilis larvée francuskih autora i endemijski sifilis. S obzirom na spor između francuskih i njemačkih autora u ovome pitanju, nastojao je autor da tačno ispita svoj materijal. Kod 97 djece od ukupnog broja 935 pronađeni su degenerativni znakovi i razne kongenitalne anomalije. Na osnovu svojih promatranja smatra autor, da se nazori francuskih autora o heredodistrofiji i učestalosti kongenitalnih anomalija kod sifilitične djece ne smiju a priori zabaciti. Tamo gdje je lues godinama i godinama neliječen postoji mogućnost da sifilis štetno djeluje na somatičke i psihičke osobine dotičnoga žiteljstva. Najviše degenerativnih znakova i raznih kongenitalnih anomalija pronađeno je baš u onim općinama (Gornji Vakuf i Bila) gdje je bilo najviše luetičke djece.

14. Utjecaj endemijskog sifilisa na mortalitet novorođenčadi, dojenčadi i djece. I kod drugih endemija utvrđeno je, da je taj utjecaj neobično jak. Na osnovu svojih iskustava tvrdi autor, da je neodrživa teza o blagom toku endemijskog sifilisa u Bosni, jer je mortalitet neobično velik. Statistički podatci na pr. za 1933 godinu pokazuju, da je od svih umrlih do 1 godine umrlo 515 lica ili 39.5%. Od 2—5 godine 16%. Svakako je endemijski lues jedan od najvažnijih uzroka toga ogromnog mortaliteta, no nije ispravno da se pripisuje samo njemu. Selo Korićani na pr. pokazuje 1932 godine mortalitet djece 88%, 1933 87%. Međutim u tom selu nije pronađen ni jedan slučaj luesa kod djece. Natalitet je ogroman, kao nigdje

na svijetu. Ima žena koje su rodile 28 djece, a brojevi preko 10 djece nisu nikakva rijetkost. U cjelokupnom materijalu od 935 djece pregledano je samo 85 dojenčadi. Tome malom broju svakako je uzrok veliki mortalitet u prvim mjesecima i prvoj godini života. Što se tiče pitanja da li godinama neliječeni sifilis smanjuje vitalnu otpornost žiteljstva, odgovara autor na osnovu svojih nalaza u pozitivnom smislu.

15. Odnos endemijskog sifilisa prema sporadičnom s obzirom na nalaze kod djece. Na osnovu svojih opažanja i data iznesenih u ovoj publikaciji tvrdi autor, da između sporadičnog i endemijskog sifilisa kod djece nema nikakove razlike ni u kliničkoj simptomatologiji ni u toku. Ukoliko djeca izbjegnu dijaplacentarnoj infekciji zaraze se kasnije ekstragenitalno, u kome slučaju viđamo slike uobičajene kod akviriranog luesa djece. Endemijski sifilis je potpuno istovjetan sa neliječenim luesom, te smatramo da mu nikako ne pripada zasebno mjesto u sifilidologiji.

16. Pored studija endemijskog sifilisa posvećena je naročita pažnja rahitisu. Broj rahitičke djece kreće se od 57—83%, prosječno 70%. Ovaj interesantni odnos rahitisa i endemijskog sifilisa obrađen je u »Lij. Vj.« br. 10, 1938.

EPIDEMIOLOGIJA ENDEMIJSKOG LUESA. POJAVE NA KOŽI, SLUZNICAMA I KOSTIMA.

Fr. Kogoj i A. Vuletić.

I.

EPIDEMIOLOGIJA

Nazivi »sporadični« i »endemijski« sifilis ustalili su se u našoj venerološkoj literaturi; oni nisu ukazivali samo na epidemiološku razliku, nego je ta podjela značila ujedno i bitne razlike u toku i u simptomatologiji endemijskog i sporadičnog sifilisa uopće. Bilo je prema tome naravno, da se za endemijski sifilis u Bosni i Hercegovini tražilo posebno mjesto u sifilidologiji, s obzirom na navodno dovoljan broj karakteristika, koje ga izdvajaju iz »običnog« tipa sifilisa.

Kod nas je to mišljenje u glavnom formulirao i zastupao A. Glück sa svojom školom. S obzirom na Glückov veliki autoritet njegovi su nazori primljeni kao nesporni ne samo kod nas, nego i u cijeloj svjetskoj venerološkoj literaturi, osobito nakon njegova predavanja na kongresu njemačkog dermatološkog društva u Hamburgu 1921. god. Glavne točke njegove teze, kojima je svoje mišljenje opravdavao, bile su slijedeće:

»Endemijski sifilis u Bosni karakteriziran je otsutnošću primarnog afekta, rijetkošću općih ranih pojava, čestoćom sluzničnih pojava, cirkumskriptnim ranim simptomima kože i čestoćom kasnih recidiva kože, sluznice i kostiju. Kod endemijskog sifilisa nadalje nema pigmentnih promjena (leukoderma), alopecije, ni oboljenja nokata; velika su rijetkost očna oboljenja i veoma su rijetka oboljenja unutarnjih organa, a naročito nema oboljenja krvnih žila. Dalje je za endemijski sifilis karakteristično otsustvo tabesa i paralize, i neurorecidiva kod liječenja salvarsanom i bez njega. Za endemijski sifilis je nadalje upadljivo to, da nema heredita u kliničkom pogledu«.

U novije vrijeme u principu zastupa njegovo mišljenje njegov bivši đak i suradnik Fleger, nadalje Stopa, Nešković, Knežević, u mnogočemu i Grin i dr.

To se mišljenje prvi put u literaturi ozbiljno pokolebalo nakon rezultata burjato-mongolske ekspedicije 1928. god., kada su se počele povlačiti analogije i za endemijski sifilis u Bosni i Hercegovini.

Prema predavanju Jessnera i Rossianskog na kongresu njemačkog dermatološkog društva u Königsbergu 1930. god., rezultati te njemačko-ruske ankete stručnjaka bili su slijedeći: broj sigurno kongenitalno luetičnih bio je razmjerno malen; kod toga je postojala teškoća u razlikovanju kongenitalnog sifilisa te sifilisa stečenog u ranom djetinjstvu. Klinika kožnog, sluzničnog i koštanog luesa nije pokazivala nikakvih principijelnih razlika prema sporadičnom evropskom luesu. Istraživanja interniste i rentgenologa utvrdila su, da je aortitis tamo barem isto tako čest kao u Njemačkoj. Iako svi detaljni rezultati te ankete nisu ni do danas publicirani, to je ipak član te ankete K. Beringer, u svojoj opširnoj radnji 1935., objavio na osnovu svojih nalaza sa neurološko-psihijatrijskog gledišta slijedeće zaključke: u burjatsku Mongoliju donesen je sifilis iz Rusije sredinom 18. stoljeća provalom Kozaka, pa je tamošnja endemija sifilisa dakle stara 150—180 godina. Narod je na vrlo primitivnom stupnju civilizacije. Do 1920. sifilis uopće nije bio liječen, od tada u malom opsegu. Procenat zaraženosti koleba između 25% i 50% cjelokupnog stanovništva. Pored sifilisa sa teškim pojavama na koži, sluznici, kostima, centralnom nervnom sistemu, nađen je također »adermotropni« lues, koji je siromašan kliničkim pojavama ili je uopće bez pojava, pa se je mogao utvrditi samo serološki. Značajno je, da je taj latentni lues iznosio okruglo 50% svih pronađenih slučajeva luesa. Prema tome postoje u endemiji istodobno i »teške« i »blage« forme luesa. Po navodima velikog broja autora, kod naroda, gdje sifilis nije liječen, ne postoji tabes i paraliza, odnosno vrlo se rijetko javljaju; Beringer je međutim našao i tabesa i paralize. Procentualno nije mogao utvrditi frekvenciju tih oboljenja iz metodskih razloga, no zaključuje, da te bolesti nisu kod Burjata nipošto rijetke. Samo 5 od 33 slučaja metaluesa bilo je dovoljno liječeno prije izbijanja bolesti, ostalih 28 slučajeva nije bilo uopće liječeno. Te činjenice govore potpuno protiv pretpostavke Willmannsa i dr., da je učestalost tabesa i paralize posljedica modernog liječenja. Principijelne razlike u simptomatologiji i toku između evropskog i burjatskog metaluesa nađene su samo u jednom pogledu. Za razliku od evropskog luesa nema kod burjatskog mnogo diskutiranog antagonizma između tercijarizma i metaluesa. Među 265 slučajeva latentnog luesa nađene su 3 paralize, 9 taboparaliza i 11 tabesa, dakle 23 slučaja. Među 172 tercijarno luetičnih u floridnom ili zaliječenom stadiju bile su 2 paralize, 8 tabesa, dakle 10 slučajeva. Ti nalazi teško se dadu objasniti pristašama nazora, da postoje sojevi spiroheta sa raznom tropijom.

Glück i njegova škola bavili su se i epidemiologijom endemijskog sifilisa, tražeći razne epidemiološke momente, kojima bi se mogle objasniti naročite osobine endemijskog sifilisa u Bosni. Rijetkost primarnog afekta tumače pretpostavkom, da se endemijski sifilis širi pretežno izravnim prenosom spiroheta u krv (syphilis d'emblée) putem insekata (u glavnom stjenica, buha i ušiju). Fleger je to pokušao i eksperimentalno utvrditi. Osim njega bavili su se istim problemom i neki autori u inozemstvu, koji su svi došli do negativnog rezultata. Prema tome se taj način širenja endemijskog sifilisa ne može praktički uzeti u obzir.

I za scabies se je tražila neka veza sa endemijskim luesom. Tako piše Dojmi: »Opažanje, da gdje ima najviše procenata luesa, tamo ima i jako mnogo svraba... dovodi do pomisli, da bi baš svrab mogao biti vrlo važan faktor u širenju endemijskog sifilisa bilo direktnim putem (samim acarusom scabiesa i kao nosiocem spiroheta) ili indirektnim putem, prenošenjem materi-

jala na ogrebotine i sekundarne promjene kože..., koje služe kao izvanredno mjesto ulaza (»Eingangspforte«) za spirohete«. I ta pretpostavka nije dokazana.

Što se tiče postojanja samog primarnog afekta kod endemijskog sifilisa, svakako vrijedi spomenuti, da je L. Glück (otac A. Glücka i njegov prethodnik na dermatovenerološkom odjelu sarajevske bolnice) utvrdio od 10.173 endemijskih luetičara u kotaru cazinskom, fojničkom, visočkom, srebreničkom i travničkom 33 primarna afekta; kod djece mlađe od 14 godina našao je čak 35 primarnih afekata na 169 oboljelih (!); od tih su bili 32 lokalizirana na sluznici nosne šupljine ili ždrijela; tim primarnim afektima, koji tako jasno označuju mjesto, kojim je spiroheta ušla u organizam, ne može se osporiti endemijsko podrijetlo. Na temelju studija literature kasnijih godina teško se je oteti dojmu, da su čak i oni primarni afekti, koji su dijagnosticirani — i to ne samo genitalni — pod utjecajem A. Glückove teorije o endemijskom sifilisu apriorno uvrštavani u sifilis sporadičnog podrijetla. Nije stoga čudo, što su Grinovi slučajevi primarnog afekta, objavljeni 1927., pobudili ponovno interes za to pitanje. Od četiri njegova opisana slučaja primarnog afekta tri su lokalizirana ekstragenitalno (brada, usna, tonzila), jedan na penisu; s pravom dokazuje Grin, baš na temelju ovog slučaja, koji je sigurno endemijskog podrijetla, da nije opravdano u endemijskom području a priori isključivati kao neendemijske ni genitalne primarne afekte. Vuletić god. 1933. navodi, da se endemijski sifilis prenosi koje kongenitalnim, koje ekstragenitalnim putem, a najčešće putem usne šupljine, sa konsekutivnim primarnim afektom. U svojem materijalu našao je oko 0,5—2% primarna afekta, od toga 80% na tonzilama.

Dalji način širenja endemijskog sifilisa jest kongenitalni. U našem materijalu našao je Dragišić od 160 luetičke djece 59 slučajeva kongenitalnog luesa. Premda je broj nađenih slučajeva kongenitalnog luesa dosta velik, svakako veći nego je to Vuletić opažao tokom svog dugogodišnjeg rada na terenu na mnogo većem materijalu, ipak držimo, da je Fleger išao predaleko u svojoj tvrdnji »da endemijski sifilis u Bosni i Hercegovini predstavlja tip kongenitalnog sifilisa i to s kliničkim osobinama, koje pretežno spadaju u tardivne forme«. Svakako i naši nalazi stoje u direktnoj opreci sa tvrdnjom A. Glücka, da je kod endemijskog sifilisa »die mangelnde Hereditàt in klinischer Beziehung auffällig«.

Preostaje da se utvrdi, na koji se način širi endemijski lues u onim slučajevima, gdje nije po srijedi kongenitalni prijenos.

U obzir dolaze posredni (razno posuđe za jelo i piće, razni drugi predmeti, tetoviranje, obrezivanje, pušenje i t. d.) i neposredni način (ljubljenje, dojenje, spolno općenje i t. d.).

U Bosni je veoma raširen običaj, da se pije i jede iz jedne posude i istim

priborom. Kod poljskog rada seljaci piju vodu iz istog suda s pipcem (bardak i sl.). Na taj način su svi prisiljeni da piju s istoga mjesta na posudi, pa je infekcija skoro neminovna, ako samo i jedan ima manifestacije floridnog primarnog ili sekundarnog sifilisa u ustima, o kojima je poznato, da spadaju u najinfekcioznije. Tako je Vuletić utvrdio izvor jedne familijarne epidemije u selu, gdje dotad nije bilo uopće sifilisa. Kako je u tom kraju vladao običaj, da seljaci iz susjednih sela ispomažu jedni drugima pri poljskim radovima, došao je u spomenuto selo jedan seljak na rad iz nedalekog sela, koji je, kako je naknadno utvrđeno, bolovao od svježih sekundarnih manifestacija luesa u ustima. Usput spominjemo, da opažanjem ovakvih slučajeva granica između endemijskog i sporadičnog sifilisa postaje nejasna. Od daljnjih običaja koji mogu za širenje bolesti doći u obzir, spominjemo motanje cigarete koju ovlažuju slinom i daju drugom; za prenošenje infekcije na najmanju djecu žvakanje hrane sa strane majke i davanje djetetu; rjeđe se događa, da majke bez dovoljno mlijeka, ili kad odlaze na rad u polje, ostavljaju djecu na dojenje susjedama, od kojih se mogu zaraziti djeca ili se žene mogu zaraziti od njih. Već odavna je poznato, da su kod obrezivanja, koje je kod muslimanske djece obligatno, nastupile infekcije. Još iz starih vremena datira običaj u krajevima centralne Bosne, da se tetoviraju gotovo sve katoličke seoske djevojke, pa se tako putem sline i igle prenosi bolest.

Nadalje valja spomenuti još neke općenite socijalno-epidemiološke faktore. U prvom redu skupno stanovanje i spavanje u tijesnim prostorijama, kulturnu zaostalost, neupućenost i općenito nehigijenski način života.

Po Dojmiju u mnogim krajevima u Hercegovini dolaze još u obzir neki momenti, koji su uvjetovani lošim ekonomskim prilikama i drugim vanjskim razlozima. Tako se na pr. krijumčari duhana na svojim putovanjima po Bosni lako zaraze i prenose na povratku bolest svojim kućama, tako da se u Hercegovini u mostarskom i ljubuškom kotaru veoma često pojavljuju pojedine izolirane, familijarne epidemije sifilisa, koje naglo buknu, a katkad uzmu i veće dimenzije (na pr. selo Britvice po opažanjima Stope). Po Dojmiju vlada nadalje u nekim krajevima još danas običaj t. zv. »ležanja«; momci i djevojke prije braka žive, t. j. »leže« zajedno, kod čega se parovi često izmjenjuju.

Sielski u svom godišnjem izvještaju o endemijskom sifilisu u bišćanskoj oblasti piše: »U pitanju razvjenčavanja naših muslimana proveo sam više put anketu i dobio interesantne podatke. Broj rastavljenih brakova iznosi svake godine barem jednu trećinu od sklopljenih. Zar ova pojava ne bi mogla mnogo pridonositi širenju luesa među muslimanima? Poznat mi je jedan slučaj iz sela Turije, kako je jedan čovjek u roku od 2 godine doveo tri žene jednu za drugom i sve tri zarazio luesom«.

Što se tiče narodnog mišljenja o širenju sifilisa, bio je veoma raširen nazor, da se »frenjak«, koji ne smatraju ni spolnom, ni sramotnom, ni opasnom bolešću, dobiva od nedovoljno kalajisanog (pocinčanog) bakrenog suda. U tome sc pravcu i kretala njihova profilaksa.

I u Danskoj i Švedskoj bio je sifilis prije 150 godina endemijska bolest, raširena u velikim razmjerima među seljacima. »Seljačke porodice jele su iz zajedničke zdjele, upotrebljavajući drvenu žlicu, koja se davala unaokolo. Žlica se čistila iza jela i stavljala na gredu pod krovom do drugog jela; prema tome je bila česta primarna infekcija u ustima. Seljak je živio u neznanju i sifilis nije smatrao spolnom bolešću ni sramotnom, nego običnom bolešću kao ospice ili slično« (Ehlers). Kako se vidi, vladali su tamo prije podrug stoljeća upravo napadno slični običaji i mišljenja kao u Bosni danas. Interesantno je usput spomenuti, da u Abesiniji jedno kafirsko pleme, južno od Gore, cijepi u ranom djetinjstvu svoju djecu namjerno sifilitičnim virusom, da bi u doba ženidbe bili bez teškoća.

Prema navedenom nema sumnje, da sa epidemiološkog gledišta postoji velika distinkcija između endemijskog i sporadičnog sifilisa. Endemijski sifilis nastaje i širi se većinom u djetinjstvu, naravno neveneričnim i ekstragenitalnim putem, sporadički u spolno zrelo doba, većinom genitalnim putem. Endemijski sifilis u Bosni, kakav se pojavljuje u djetinjstvu, obično nije bivao liječen i prelazio je bez zapreke s djeteta na dijete ili s djeteta na odraslog i obrnuto. Zato i postoji obiteljski tip endemijskog sifilisa u Bosni, kako je za to Grin donio u svojoj radnji najraznovrsnije primjere. Endemijski lues je prema tome biološki slobodna bolest, neuplivisana ni s jedne strane izvana i nemodificirana liječenjem, a favorizirana primitivnim higijenskim standardom. Baš s obzirom na bijedne higijenske, ekonomske i kulturne prilike stanovništva imao je sifilis bezbrojne prilike za nesmetani prijelaz, naročito među djecom. Sa tog gledišta je endemijski sifilis prvenstveno dječja bolest; taj je epidemiološki moment bitan, i nije dosad bio dovoljno uočen.

Civilizacija je postavila ogromne zapreke nesmetanom prijelazu spirohete iz organizma u organizam: izoliranjem bolesnog člana, liječenjem, higijenskim načinom života i t. d. Kod civiliziranih je naroda u stvari spiroheti s rijetkim izuzetcima oduzeta gotovo svaka mogućnost širenja, osim dovoljno uskim tjelesnim kontaktom. Sifilis je stoga kod njih prestao biti dječjom i familijarnom bolešću, koja se većinom širi vanspolnim putem i postao veneričnom bolešću. Njegov venerični karakter nije rezultat promjene mehanizma ili tropizma u samom sifilitičnom virusu, nego promijenjenih epidemioloških prilika, koje nosi sobom civilizirani život. Endemijski sifilis se prema tome može smatrati izvornom manifestacijom luesa, kakav je bio po svoj prilici kod svih naroda, dok su živjeli na primitivnom stepenu civilizacije.

Što se tiče prosječne zaraženosti stanovništva endemijskim sifilisom po vjeroispovijestima to je, kako je to prije kratko vrijeme pokazao opet G r i n, i po našim podatcima nesumnjivo, da su pripadnici islamske vjeroispovijesti najviše zaraženi; G r i n je našao na svome teritoriju od 21.947 pregledanih muslimana 4305 zaraženih; od 4906 katolika 646 zaraženih, a od 4112 pravoslavnih 353 zaražena, što iznosi u postotcima 19,6, 15,2 i 9,3%.

Naročita epidemiologija end. sifilisa smatrana je i razlogom za neke tobožnje kliničke osobitosti, koje su međutim samo prividne. Tako je na pr. navođeno kao karakteristično za endemijski sifilis otsustvo ili rijetko pojavljivanje preranih poroda i novorođenčadi s manifestnim simptomima luesa. Čak je A. G l ü c k tvrdio, da endemičarke rađaju redovito zdravu djecu. Naši nalazi (vidi kod D r a g i š i ć a) nedvoumno opovrgavaju tu pretpostavku u tom općenitom obliku, premda treba voditi računa i o epidemiološkom fatku, da se u krajevima sa endemijskim sifilisom mnogo žena zarazi već kao djeca ili su kongenitalno luetične, pa je do udaje često proteklo već dovoljno vremena, da se stvori veća mogućnost zdravog poroda, nego kod žena sa sporadičnim sifilisom, koje se zaraze tek u zrelo doba, tako da je kod njih razmak između infekcije i graviditeta relativno kratak. Veći relativni procenat zdravih poroda kod endemijskih luetičarki uvjetovan je prema tome isključivo spomenutom epidemiološkom činjenicom, a nije nipošto u vezi sa promijenjenim uzročnikom, promijenjenim terenom i sl.

Na osnovu nalaza u našim anketama, kao i na temelju podataka iz literature, smatramo, da nema nikakvog razloga, da kod endemijskog sifilisa tražimo neki drugi način infekcije, nego što je to kod sporadičnog. Utvrdili smo razne epidemiološke momente kod endemijskog sifilisa, koji rjeđe ili uopće ne dolaze u obzir kod sporadičnog. Ti epidemiološki faktori nemaju međutim nikakva odlučna utjecaja na simptomatologiju endemijskog sifilisa; i endemijski sifilis se širi bilo kongenitalnim putem, bilo direktnim ili indirektnim kontaktom sa konsekutivnim sklerozama na mjestu infekcje. Nemamo nikakvih dokaza za pretpostavku, da je syphilis d'emblée češći kod endemijskog nego kod sporadičnog luesa. U slijedećem poglavlju osvrnut ćemo se na razloge, zašto se primarni afekti kod endemijskog sifilisa prividno rjeđe pojavljuju.

II.

KLINIKA*

Primarni afekt

U obadvije ankete našli smo 4 svježa primarna afekta.

Dva od njih opisali su Dragišić odnosno Gušić.

Treći primarni afekt našli smo tokom druge ankete u Cazinu kod dječaka od 12 godina. Radilo se o egzulceriranoj tonzilarnoj sklerozi sa tipičnom regionarnom skleradenitidom.

Posve analogan je bio i četvrti slučaj u jednom selu blizu Cazina kod približno 10-godišnjeg dječaka.

Osim toga našao je Gušić, kako navodi u svojem dijelu, još čitav niz residuuma poslije primarnih afekata, većinom na tonzili, najčešće kod djece od 3—4 godine, pored regionarnih indolentnih žlijezda. Dva ovakva svježija residuuma kod odraslih opisujemo potanje zbog rijetke lokalizacije primarnog afekta.

Kod prvog slučaja radilo se o 56-godišnjoj pacijentici, koja navodi, da je imala prije 6 nedjelja veliku oteklu žlijezdu pod vilicom, ali samo na lijevoj strani vrata, koja nije bila bolna; prije 20 dana je promukla, a prije 15 dana se je pojavio osip po tijelu. Objektivno nađena je na bukalnoj sluznici iza desnog usnog kuta nešto indurirana erozija u stadiju zacjeljenja, veličine nešto veće od leće. Osim toga svježe papule na objema tonzilama, a na koži makulopapulozni diseminirani egzantem i erodirane papule na vanjskom genitalu i oko anusa. Okcipitalne, submaksilarne, kubitalne ingvinalne žlijezde su povećane i bezbolne. Serološki nije pretražena. Prema tome bi dijagnoza glasila: residuum post sklerosim erosivam mucosae oris, lues secundaria manifesta, skleradenitis universalis.

Drugi je slučaj bio 28-godišnji pacijent, koji navodi, da je imao prije 4 mjeseca pod jezikom ranicu i na lijevoj strani vrata otekle žlijezde, koje ga nisu boljele. Nekoliko vremena iza toga pojavio se osip po tijelu. Primio je tada 15 injekcija bizmuta. Objektivni nalaz: na donjoj plohi jezika, dva prsta ispod angulusa a prst od medijalne linije lateralno, nalazi se mala površna brazgotina, nešto veća od leće. Osim toga postoji otok cervikalnih (lijevo više), subaurikularnih, kubitalnih i ingvinalnih žlijezda te condylomata lata na skrotumu i oko anusa. Serološki kompletno pozitivan. Prema tome se radi o cicatrix post sklerosim linguae, skleradenitis universalis, lues secundaria maniefsta.

Od naša 4 primarna afekta svi su nađeni kod djece; jedan je bio lokaliziran na usni i tri na tonzilama. Ne smatramo nipošto slučajem, da su sva 4 utvrđena primarna afekta bila lokalizirana na usnoj šupljini odn. na usni. Već smo se u poglavlju o epidemiologiji osvrnuli na te lokalizacije kao na prirodna ulazna

---

* Za obrađivanje ovoga poglavlja upotrijebili smo i nalaze pok. gđe Plasaj, koja je pregledala 521 ženu; od toga je pronašla oboljelih od luesa 127 a od toga 50 sa manifestnim simptomima na raznim organima, ostatak latentnih.

vrata spiroheta kod endemijskog luesa. Ističemo uz to naročito, da taj put infekcije, kako pokazuju i naši slučajevi, treba smatrati redovitim ne samo za djecu, nego i za odrasle.

Od ukupno 698 pronađenih luetičara prve ankete, kako odraslih tako i djece, utvrdili smo, kako je rečeno, 4 svježa primarna afekta, t. j. 0,57%. Taj bi postotak postao mnogo veći, kad bismo uračunali i opažane residuume iza primarnih afekata.

U tabeli br. 1. Dojmi-ja o raširenosti endemijskog sifilisa u Bosni i Hercegovini od god. 1905.—1911., iskazano je 190 primarnih afekata od ukupno 41.398 pacijenata sa primarnim, sekundarnim i tercijarnim luesom, što iznosi 0,45%. U Dojmi-jevoj tabeli br. 2 za god. 1927.—1933. iskazano je 169 primarnih afekata od ukupno 76.496 pacijenata sa primarnim, sekundarnim, tercijarnim, latentnim, kongenitalnim i simptomatološki pobliže neoznačenim luesom, t. j. 0,22% (vidi str. 43 i 44).

Iz ovih tabela možemo razabrati, da su se primarni afekti prije rata češće dijagnosticirali nego poslije rata. Osobito upada u oči, da poslije rata nije u rejonima Sarajevo, Tuzla i Mostar dijagnosticiran ni jedan primarni afekt, dok je u rejonu bišćanskom dijagnosticirano od 7567 luetičara 85 primarnih afekata, u rejonu banjalučkom od 4740 luetičara 38, a u travničkom od 14.327 luetičara 46 primarna afekta. Ove su razlike to upadljivije, što je u predratno doba pronalažen stanoviti broj primarnih afekata i u onim rejonima, gdje poslije rata nije nađen nijedan i to u rejonu sarajevskom 66 od 12.754 luetičara, u rejonu tuzlanskom 53 od 16.090 luetičara i u rejonu mostarskom 1 od 708 luetičara.

Držimo, da se ne varamo, ako pretpostavimo, da su te nesuglasice posljedica utjecaja A. Glückove škole, koja je bila sklona, da uopće posumnja u endemijsko podrijetlo event. pronađenih primarnih afekata. Vuletić je na pr. za vrijeme svoga rada na terenu, pod utjecajem Glückove škole, sve, ne samo genitalne nego i ekstragenitalne pronađene primarne aftkte od god. 1927. do 1929., uvrštavao u iskaze o sporadičnom luesu.

Zašto je apsolutni i relativni broj utvrđenih primarnih afekata malen i zašto smatramo, da je taj odnos samo prividno tačan?

Prije svega je prema Dragišićevim nalazima relativno velik broj slučajeva endemijskog sifilisa kongenitalnog podrijetla, pa prema tome tu ne možemo naći primarnog afekta. Razlozi, da se tako rijetko viđa kod ostalih slučajeva, mogu biti jako različiti. Jedan od glavnih je način infekcije. Sve infekcije, do kojih dolazi jelom, pićem i sl., lokaliziraju se daleko najčešće na tonzilama, čija je površina vrlo često razrovana i stoga čini podesno mjesto za infekciju. S obzirom na anatomske prilike u ustima, i uopće na početku pro-

bavnog trakta, nije čudo, da liječnici često ne vide primarnog afekta ili ga mogu nerijetko dijagnosticirati kao pojavu sekundarizma. K tome dolazi činjenica, da regionarni skleradenitis kod lokalizacije u dubljim predjelima usne šupljine katkad nije tako upadljiv kao na pr. kod lokalizacije primarnog afekta na donjoj usni; zbog toga liječnik biva lako zaveden, da promjenu dijagnosticira kao sekundarnu luetičnu manifestaciju, bez obzira na to, da je nekad uopće teško dijagnosticirati afekt na tonzilama, osobito ako već postoje u njegovoj okolini pojave sekundarnog luesa. Daljna teškoća leži i u tome, što su primarni afekti u usnoj šupljini katkad multipli, a često simptomatološki nekarakteristični. S druge strane opet je poznato, da doduše postoji jednostrani regionarni skleradenitis na vratu, a da ipak ne uspijeva pronaći primarni afekt. To se tumači time, da postoji kakva patuljasta skleroza ili time, da je primarni afekt lokaliziran tako, da se kod obične inspekcije, bez uvođenja instrumenata, ne da pronaći. Konačno je utvrđena činjenica, da infekcija uslijedi obično u najranije doba života, gdje okolina opaža bolest naravno tek onda, kada se je pojavio napadni otok žlijezda ili neki osipi. A i u onim slučajevima, kad pacijenti osjete ili vide kakvu leziju u ustima, ne dolaze odmah liječniku, osobito ako nemaju nikakvih jačih bolova.

Iz navedenog izlazi, da postoje, kako je spomenuto, kod endemijskog luesa velike poteškoće, ne samo u pronalaženju nego i u dijagnosticiranju primarnih afekata. Držimo sigurnim, da će otsad liječnici, u krajevima gdje vlada endemijski sifilis, češće nalaziti primarne afekte, jer će ih s obzirom na navedene činjenice naročito i pomno tražiti, kako je to i potrebno.

Iz svega što smo našim anketama utvrdili, kao i iz podataka iz literature, moramo zaključiti, da su kod endemijskog luesa, u koliko se ne radi o kongenitalnoj infekciji, ulazna vrata zaraze daleko u pretežnoj većini slučajeva usna šupljina i usne i da se mjesto infekcije manifestira — jednako kao i kod sporadičnog sifilisa — primarnim afektom.

Lues secundaria manifesta kože i sluznica.

Od naših 698 luetičkih pacijenata odraslih i djece u I. anketi našli smo 62 put simptome floridnog sekundarnog sifilisa. Od toga 29 put na sluznici usne šupljine, 15 put u obliku egzantema na koži, uključivo genitalnu regiju (condylomata), 13 put areolarnu alopeciju i 5 put luetički leukoderm. Ističemo, da se tu radi o opažanim simptomima sekundarizma, a ne o broju pacijenata, sa sekundarnim luesom, budući da smo kod jednog te istog bolesnika, kako je to razumljivo, nalazili nerijetko istovremeno manifestacije sekundarizma na raznim mjestima (koža i sluznice, ili sluznice i alopecia i sl.).

Prema Dojmijevoj tabeli br. 2 pronađeno je od god. 1927.—1933. u Bosni i Hercegovini od 73.790 luetičara 17.577 sa floridnim luesom, što iznosi oko jedne četvrtine. U tabeli br. 1 za god. 1905.—1911. iznosi taj broj čak tri četvrtine.

Brojevi iz spomenute tabele br. 1 ne možemo uopće sravnavati niti sa brojevima iz tabele br. 2 niti sa našim, budući da tamo nema nikakvih podataka o latentnim luetičarima, kao što to i nije bilo ni moguće, jer još nisu vršene serološke pretrage.

Tabela br. 2 potječe iz vremena kada je nakon stanke od više od 10 godina ponovno započeo sistematski rad na suzbijanju sifilisa. S obzirom na svrhu te akcije, koja je išla za tim, da se u prvom redu uklone floridne manifestacije luesa i time najopasniji izvori zaraze, nadalje s obzirom na veoma velik broj pacijenata koji je otpadao na pojedinog liječnika (oko 12 liječnika na skoro pola milijuna pregledanih) te se brojke ne mogu smatrati pouzdanima, što dokazuje i ogroman broj (15.099) luetičara bez pobliže dijagnoze. Slažemo se s Dojmijem, koji kaže, da navedeni brojevi daju samo približnu sliku raširenosti endemijskog sifilisa, pa ih zato ne uzimamo u obzir za stvarno prosuđivanje frekvencije pojedinih luetičkih manifestacija. Ipak su nam od vrijednosti u toliko, što iz njih razabiremo, da je broj svježih sekundarizama u razdoblju od god. 1928.—1933. bio svakako razmjerno velik u poredbi sa brojem sekundarizma u vrijeme naše ankete (1934.), što svjedoči o uspješnosti terapije barem u pogledu sanacije manifestnih sekundarnih simptoma.

Ističemo, da smo utvrdili postojanje svih oblika sekundarizma od ranih diseminiranih egzantema do lokaliziranih recidivnih pojava, nesumnjivih luetičkih alopecija (13) kod odraslih i djece, te 5 leukoderma kod odraslih, čiju je egzistenciju osporavao A. Glück, koji u više od 7500 slučajeva luesa nije vidio nijedan takav slučaj. Oboljenja nokata nismo međutim ni mi našli; uostalom rijetko ih vidimo i kod našeg sporadičnog sifilisa. Što se tiče navodno rijetkog pojavljivanja ranih egzantema, to se na osnovu našeg iskustva slažemo (vidjeli smo rozeole, diskretno makulo-papulozne egzanteme i t. d.) sa Grön om, koji drži da to ne treba tako razumjeti, kao da ih uopće nema, »wahrscheinlich sind sie verhältnissmässig selten beobachtet worden, weil sie den Erkrankten zu bedeutunglos erschienen, um deshalb einen Arzt zu befragen«. Pojave sekundarizma na sluznicama smo i mi često vidjeli.

Na temelju iznesenog zaključujemo, da nismo ustanovili nikakvih razlika u pogledu sekundarnih manifestacija kod endemijskog i sporadičnog sifilisa.

Lues latens.

Ukupno smo pronašli u I. anketi 442 latentna slučaja luesa kod odraslih i djece. Od toga 244 seropozitivna i 198 seronegativna. U seropozitivne latentne slučajeve ubrojili smo samo one liječene i velik broj neliječenih, koji nisu, osim pozitivnog serološkog nalaza, pokazivali nikakvih luetičkih simptoma ni na jednom organu. U seronegativne latentne slučajeve uvrstili smo one pacijente koji nisu završili svoje liječenje, a nisu pokazivali nikakvih simptoma. Kod nekih od tih latentnih, naročito kod seropozitivnih sifilitičara, našli smo skleradenitide manjeg ili većeg stepena. Broj latentnih luetičara iznosi skoro tačno 50%. Vuletić je našao na istom terenu, na kojem je vršena naša I. anketa, u svome materijalu 1932. godine također blizu 50% latentnog luesa. Do istih su rezultata došli Jessner i Rossiansky, kako je već naprijed spomenuto, u Burjatskoj Mongoliji.

Kako smo u prošlom poglavlju utvrdili opadanje relativnog broja manifestnog sekundarizma, to bi trebalo očekivati relativni porast latentnih slučajeva u vrijeme naše ankete. On je međutim ostao približno isti. Tome je m. o. svakako razlog i činjenica, da smo u našoj anketi pronašli preko 150 manifestacija (ne slučajtva) luesa na živčanom sistemu, očima i t. d., dok ovih nalaza na spomenutim organima u Dojmijevoj tabeli br. 2 uopće nema.

Lues tertiaria kože i sluznica.

Od 538 odraslih luetičara iz I. ankete našli smo 94 puta simptome tercijarizma. Od toga 55 puta na sluznici usne i nosne šupljine te grkljana (vidi kod Gušića) i 39 puta na koži. Ističemo, da su u ovim brojkama uračunati ne samo svi floridni tercijarni procesi, nego i sve karakteristične gumozne brazgotine (kod nekih su pacijenata istovremeno postojali i floridni tercijarni simptomi i brazgotine). Opažali smo tuberoserpiginozne ulcerozne sifilide i duboke gume.

Ovaj broj od 94 (nešto manje od 1/5 pregledanih luetičara) pojava raznih tercijarnih manifestacija je velik, jer je tačna oto-rino-laringološka pretraga otkrila veći broj tih promjena nego ih kod obične pregledbe nalazimo, jer smo ubrojili — kako smo već spomenuli — gumozne brazgotine, bez obzira na to da li su uz to postojali još bilo kakvi drugi klinički ili serološki simptomi luesa. Ipak još zaostaje za brojkama, koje navodi A. Glück, koji je našao u pojedinim kotarevima 16% do 67% slučajeva tercijarizma. Grin je našao oko 20% i ispravno tumači ovo opadanje poduzimanim liječenjem. I iz naših opažanja proizlazi, da se tercijarizam češće pojavljuje na sluznici usne šupljine i na nazofaringealnom području nego na koži, u čemu se slažu svi autori koji su se bavili proučavanjem endemijskog sifilisa (vidi na pr. kod Dojmija).

Vidjeli smo nekoliko slučajeva vrlo teških gumoznih promjena, koje su zauzimale velika područja i dovele do ulceracija velikih razmjera i do mutilacija. Ovakve slučajeve opažamo od vremena na vrijeme i kod sporadičnog luesa. One nijesu svojstvene samo endemijskom luesu, jednako kao ni »prelazne forme« između sekundarnog i tercijarnog luesa; njihovo pojavljivanje nije po današnjem mišljenju ovisno od spirohete, nego od individuuma samog, bez obzira da li živi u području endemijskog ili sporadičnog luesa. Jasno je, da se takvi oblici pojavljuju u krajevima sa neliječenim endemijskim luesom češće nego drugdje.

Na ovom mjestu želimo napomenuti, da smo kod jednog 51-godišnjeg nedovoljno liječenog, seronegativnog luetičara, našli 3 cm ispod lijevog laktenog zgloba približno kao lješnjak veliku tvorbu tvrde konzistencije, koju smo dijagnosticirali kao nodositas juxtaarticularis. Taj je slučaj sa još tri druga jukstartikularna čvora opisao kao prve u Bosni Vuletić.

Lues kostiju.

Što se tiče luetičnih oboljenja kostiju i zglobova kod odraslih endemijskih luetičara, to točnijih pretraga u tome pogledu nijesmo pravili (nijedan slučaj nije bio pretražen rentgenološki, dnevni pregled od često više stotina pacijenata nije dozvoljavao dulje bavljenje sa jednim pacijentom i t. d.). Ograničili smo se samo na utvrđivanje luetičnih promjena na tibijama, koje od svih kostiju najčešće obole. To smo učinili zbog toga, što pitanje luetičnih oboljenja kostiju kod endemijskog sifilisa nikad nije bilo prijeporno. Osim slučajeva sifilitičnih promjena na kostima kod djece, koje je opisao Dragišić, našli smo kod odraslih ukupno kod 20 pacijenata izrazite, skoro beziznimno simetrične luetične promjene na tibijama. Od tih smo ubrojili u sekundarizam samo 5 sa periostalnim manifestacijama, kod kojih su istovremeno postojale i druge promjene sekundarizma; ostalih 15 ubrojili smo u tercijarizam, premda moramo računati s time, da je jedan njihov dio mogao pripadati i kasnom sekundarnom stadiju. U toj grupi se je radilo o slučajevima s periostitičko-ostitičkim promjenama (periostitis ossificans, tophi); često smo vidjeli naročito jako izražene »sabljaste noge« (tibiae »en lame de sabre«). Delić i Grin, koji su tačno pretražili 140 slučajeva osteoartikularnog sifilisa kod endemičara, našli su takve promjene u 20%—30% svih luetičara. Slažemo se s njihovim zaključkom, da ne postoje, što se tiče luesa kostiju i zglobova, nikakve razlike između sporadičnog i endemijskog sifilisa.

*

Na osnovu iznešenih nalaza možemo zaključiti, da se simptomatologija endemijskog luesa u primarnom, sekundarnom i tercijarnom stadiju na koži, sluznicama i kostima ni u čemu ne razlikuje bitno od odgovarajućih pojava kod sporadičnog luesa, dok u epidemiologiji postoje principijelne razlike, i to u pogledu načina širenja zaraze i mjesta, gdje uslijedi infekcija.

SEROLOŠKI NALAZI KOD ENDEMIJSKOG SIFILISA.

Vlad. F r a n k o v i ć.

Za našu anketu odabrali smo serodijagnostičku metodu, koja će nam kraj maksimalne osjetljivosti davati minimalan broj nespecifičkih rezultata, odnosno koja će nam davati potpuno karakteristične nalaze za luetičnu infekciju. Na osnovi dugogodišnjeg iskustva o vrijednosti novih precipitacionih reakcija, koje smo ispitali na nekoliko desetaka hiljada seruma, odabrali smo Meinickeovu reakciju bistrenja (MKR). Učinili smo to iz razloga, jer je ta metoda tehnički najlakša i najbrže izvediva, a pri tom nije potrebna nikakva naročita aparatura. Rezultati reakcije dadu se brzo i lako odrediti na više načina. Uz MKR namjeravali smo serume paralelno ispitivati i s Kahnovom reakcijom (KR), od čega smo morali brzo odustati zbog tehničkih teškoća. Premda smo ponijeli sa sobom sve što je za izvođenje reakcija bilo potrebno (reagencije, staklene boce, epruvete, pipete, aparat za inaktivaciju seruma i t. d.) naišli smo u serološkom radu na vrlo velike poteškoće (teška stabilizacija reagensa koji su prenošeni konjima, nestalna temperatura u radnoj sobi, teško dobavljanje destilirane vode i t. d.). Kraj svega toga nastojali smo da raznim improvizacijama stvorimo potrebne uvjete, da bismo MKR mogli precizno izvršiti. Kod davanja rezultata odnosno serološke dijagnoze vrlo smo kritički postupali, kako bi isti bili potpuno pouzdani. Prema tome moramo ovdje istaknuti, da su pozitivni rezultati, koje ćemo ovdje iznijeti, možda procentualno nešto manji nego što bi bili da smo radili pod normalnim ili barem nešto povoljnijim prilikama. Ali istovremeno možemo ustvrditi, da su naši rezultati gotovo beziznimno pouzdani.

U ovom prikazu iznijet ćemo naše rezultate dobivene kod pretrage seruma. Na pretragu likvora nećemo se ovdje osvrtati, jer to iscrpno čini L o p a š i ć u svom prikazu.

Serološki smo pregledali 1807 seruma iz obadvije ankete. Od toga je bilo 724 seruma od pacijenata, gdje je bio klinički odnosno anamnestički utvrđen lues. Od dječjeg materijala, od kojeg postoje povijesti bolesti, nije serološki pregledano 621 dijete.

Radi preglednosti iznosimo sve luetičke slučajeve, pregledane serološki,

u tabeli. Uz dijagnozu navodimo ukupan broj pretraženih slučajeva; kod pozitivnih slučajeva posebno kompletno pozitivne, posebno pozitivne i ukupan broj pozitivnih. Procente ne navodimo u rubrikama, gdje imamo malen broj slučajeva.

Dijagnoza	Broj slučajeva	Pozitivan			Negativan
		++	+	ukupno	
I. L. I.	2	1	—	1	1
II. L. II. manifesta					
1. recentni	14	12	2	14 = 100%	—
2. recidiv	13	9	2	11 = 85,6%	2 = 15,4%
III. L. III.					
1. neliječen	66	32	22	54 = 81,9%	12 = 18,1%
2. liječen	35	9	7	16 = 45,7%	19 = 54,2%
IV. Lues latens	442	110	134	224 = 55,2%	198 = 44,8%
V. Lues congenita	27	16	5	21 = 77,8%	6 = 22,2%
VI. Aortitis luetica	3	2	1	3	—
VII. 1. Kerat. parenchym.	4	4	0	4	—
2. Oboljenja sklere uvee i retine	12	6	3	9 = 75%	3 = 25%
VIII. Neurolues					
1. Paralys. progres.	2	2	—	2	—
2. Tabo-paralysis	2	1	—	1	1
3. Tabes dorsalis	18	9	3	12 = 66,7%	6 = 33,3%
4. Rudimentarni atip. tabes	12	—	2	2 = 16,7%	10 = 83,3%
5. Slučajevi sumnjivi na tabes	6	1	2	3	3
6. L cerebri florida	2	1	1	2	—
7. L. cerebri s gumoznim manifestacijama na koži i sluznici	11	3	5	8 = 72,9%	3 = 27,1%
8. Izolirane pupilarne smetnje	50	12	20	32 = 64%	18 = 36%
9. L. cerebri peracta s epileptičnim grčevima	3	—	—	—	3

Ako analiziramo serološke rezultate prikazane u gornjoj tabeli po stadijima luesa, možemo i u tom pogledu utvrditi odnos endemijskog sifilisa prema sporadičnom. Osvrnut ćemo se samo ukratko na pojedine stadije luesa i istaknuti iz tabele slijedeće:

Ad I. U čitavom materijalu imali smo svega 2 serološki pregledana slučaja primarnog afekta, od kojih je jedan reagirao kompletno pozitivno, a drugi negativno. Procenti seropozitivnih slučajeva kod primarnog luesa, koji se prema raznim autorima kreću između 38—100%, bez praktične su vrijednosti. Za iznošenje procenata bilo bi potrebno navesti starost infekcije, a osim toga uzeti u obzir i razlike u tehničkoj izvedbi pojedinih serodijagnostičkih metoda. Na osnovu našeg velikog materijala utvrdili smo, da nove precipitacione reakcije (MKR, KR i MBR) znatno prije pozitivno reagiraju u serumu bolesnika s primarnim afektom, nego što je to poznato za WaR. Općenito je poznato, da WaR postaje pozitivna šest sedmica poslije infekcije. Mi smo s novim precipitacionim metodama postigli prve pouzdane pozitivne rezultate nakon završene četvrte sedmice poslije infekcije.

Ad II. Od 14 slučajeva recentnog sekundarnog manifestnog luesa reagirali su svi pozitivno i to 12 kompletno i 2 inkompletno. Kod jednoga od posljednja 2 slučaja ustanovljena je alopecia luetica bez drugih sekundarnih pojava; kod drugoga radilo se o papuloznom egzantemu. Niti jedan od tih slučajeva nije bio liječen.

Prema novijim ispitivanjima recentni sekundarni lues reagira u gotovo 100% slučajeva pozitivno, i to po našem iskustvu kompletno. Većina autora nije publicirala u svojim statistikama kvantitativne rezultate. Samo iznimno publicirani su slučajevi, koji su reagirali negativno ili inkompletno pozitivno. Specijalno to vrijedi za prvu erupciju, dok je kod recidiva, koji su već bili liječeni, ta pojava češća. Samo kod pojedinačnih vlažnih papula dolaze i negativne reakcije. Od 13 slučajeva sekundarnog recidivnog luesa 2 su reagirala negativno. Oba su slučaja bila liječena, a seroreakcije su prije liječenja bile pozitivne.

Ad III. Tercijarni lues podijelili smo u 2 grupe: u neliječeni i liječeni. Od 66 neliječenih slučajeva, 54 je reagiralo pozitivno, dakle 81,9%. Od 35 liječenih slučajeva bilo je 16 pozitivnih, dakle ispod 50%. Prema podatcima drugih autora kod sporadičnog kasnog luesa kreće se procenat pozitivnih slučajeva između 50 do skoro 100%. Jedan od glavnih razloga ovako velikim razlikama nije samo u tehnici, nego više u materijalu, t. j. da li se radi o uopće neliječenim slučajevima ili o već višeput liječenima; zatim da li je proces malog ili velikog obujma te konačno, gdje je lokaliziran. P o e h l m a n n o v i nalazi sa 99,4% pozitivnih rezultata potječu od pacijenata, kod kojih je tercijarni lues bio lokaliziran na koži i sluznici. Kod drugih autora, kao i u našem sadanjem materijalu, iznešene su pored tercijarnih promjena kože i tercijarne promjene na drugim organima. Negativne seroreakcije nijesu rijetke pojave na pr. kod tercijarnog luesa kostiju i zglobova, a baš u našem serološki pregledanom materijalu našli smo procentualno dosta visok broj tercijarnih promjena na kostima.

Od ukupno 15 ovakvih slučajeva, serološki pregledanih, 10 je reagiralo pozitivno, a 6 negativno. Treba istaknuti, da kod tercijarnog sporadičnog luesa mogu seroreakcije biti negativne, i ako slučaj nije bio liječen, koju pojavu ne susrećemo u sekundarnom stadiju luesa. Upravo zato je baš kod ovih slučajeva značenje seroreakcije za diferencijalnu dijagnozu od velikog značenja.

Ad IV. Od 442 slučaja latentnog luesa 244 je reagiralo pozitivno t. j. 55,2%. Od 244 pozitivnih slučajeva bilo je 115 neliječenih, 58 od njih reagiralo je kompletno, a 57 inkompletno pozitivno. Kod tih slučajeva bila je jedino pozitivna seroreakcija aktivni simptom luetične afekcije. Svi ostali u tabeli navedeni slučajevi bili su prije pregleda liječeni. U pojedinim statistikama sporadičnog latentnog luesa nailazimo na vrlo različne podatke o procentima pozitivnih seroreakcija. B r u c k je skupio sve te podatke i iznio, da u ranoj latenciji lues reagira pozitivno između 40 i 80%, a u kasnoj latenciji između 28 i 83%. Pozitivitet kod latentnog luesa ovisi o starosti infekcije. U ranoj latenciji nailazimo na više pozitivnih slučajeva nego u kasnoj. Osim toga od velikog je značenja i specifična terapija, a naročito njezin intenzitet.

Ad V. Od 27 djece sa lues congenita, koja su serološki pregledana, 21 je reagiralo pozitivno t. j. 77,8%.

Kod sporadičnog kongenitalnog luesa poznato je, da slučajevi s manifestnim recentnim pojavama reagiraju u gotovo 100% pozitivno. Kasnije nema bitne razlike u tom pogledu prema sifilisu odraslih. Također i kod kliničkih pojava (na pr. keratit. parenchymatosa) mogu se naći slučajevi, koji reagiraju negativno. Pa i slučajevi s manifestnim simptomima mogu neposredno poslije poroda reagirati negativno, da u toku narednih sedmica života postanu kompletno kozitivni. Novorođenčad roditelja luetičara, koja se rode bez simptoma, u 50% su seronegativna. Međutim velik broj ove djece postaje seropozitivan u toku 4—6—8 sedmica. Pozitivna seroreakcija može u ovim slučajevima ostati kroz godine jedini simptom luesa, a pokazuje vrlo jaku rezistenciju prema specifičnoj terapiji.

Ad VI. Kod sporadičnog luesa se aortitisi odnose serološki jednako kao uopće kasni lues na unutarnjim organima. Prosječno nailazimo na 70—80% pozitivnih rezultata. Procenat pozitivnih slučajeva zavisi o tome, da li se materijal sastoji od liječenih ili neliječenih slučajeva. Naša 3 slučaja reagirali su pozitivno.

Ad VII. Slučajevi sa keratitis parenchymatosa reagirali su u našem materijalu u 100% pozitivno i to kompletno. Jednaki ishodi seroreakcija poznati su i kod sporadičnog luesa. Procenat pozitivnih rezultata kod oboljenja sklera, uvee i retine u našem materijalu slažu se potpuno s poznatim nalazima kod sporadičnog luesa.

Ad VIII. Kao kod lues II manifesta tako i slučajevi progresivne paralize

kod sporadičnog luesa reagiraju u gotovo 100% pozitivno. Međutim je K a f k a ustanovio u više slučajeva progresivne paralize negativne seroreakcije u krvi, a pozitivne u likvoru.

Podatci o slučajevima tabesa dorsalisa vrlo su različiti. Broj seropozitivnih slučajeva u pojedinim statistikama zavisi o materijalu. Treba razlikovati svježe tek incipijentne slučajeve od progredijentnih i stacijonarnih. U glavnome je intenzitet pozitiviteta slabiji nego kod slučajeva progresivne paralize, a često imamo inkongruentne rezultate. Najviše pozitivnih rezultata nailazimo kod neliječenih svježih slučajeva, otprilike 50—70%. Na svaki način negativne seroreakcije nijesu rijetka pojava.

Slučajevi sa lues cerebri reagiraju u 70—80% pozitivno.

Pri zaključku ovog prikaza, a na osnovi prije iznešenog, želimo istaknuti, da ne postoje nikakve razlike u pogledu seroloških reakcija između endemijskog i sporadičnog luesa. Poznati procentualni odnosi pozitivnih i negativnih rezultata u pojedinim stadijima i manifestacijama sporadičnog luesa podudaraju se potpuno s onima, koje smo našli kod našeg endemijskog luetičnog materijala.

RINOLARINGOLOŠKA OPAŽANJA KOD ENDEMIJSKOG LUESA

B. G u š i ć.

Za vrijeme mojih višegodišnjih studija o biološkim i medicinsko-geografskim problemima dinarskoga sela, često sam se sretao sa sifilisom kao jednom socijalnom nedaćom. Na ekskurzijama pod vodstvom pok. prof. Gjurice G j o r g j e v i ć a imao sam još više prilike da se uputim u ovo delikatno pitanje. Zbog toga sam rado prihvatio poziv Škole narodnog zdravlja u Zagrebu, da sudjelujem u anketi, kojoj je bila glavna zadaća ispitivanje endemijskog sifilisa na samom terenu, u oblasti Vlašića i Gornjega Vakufa, u sjeverozapadnoj Bosni.

Nije moj posao da u ovoj radnji raspravljam opća pitanja sifilitičke zaraze kod nas, niti da ulazim u probleme u vezi sa djelovanjem ove zaraze na socijalne i higijenske prilike našega planinskoga sela. Moja je zadaća, da posve sa kliničkog stajališta kao rinolaringolog obradim materijal sakupljen za vrijeme našega rada na terenu.

Tačno kliničko ispitivanje nosne sluznice na velikom broju luetičara može još uvijek da pruži mnogo zanimljivih i malo znanih detalja. Tako je od luetičkih promjena na sluznici nosa bez sumnje za rinologa sifilitična hunjavica od specijalnoga interesa. Jedno zbog toga, što je kod odraslih veoma rijetko možemo opažati u našim klinikama i ambulatorijima, a onda i zbog njezine simptomatologije, koja je još uvijek nejasna. Kako smo na toj anketi vršili sistematske preglede gotovo svih stanovnika jednoga naselja bilo nam je omogućeno promatranje i takovih manifestacija bolesti, zbog kojih se inače ne traži liječničke pomoći ni u gradu, a nekmoli na selu. Tako smo mogli na nizu slučajeva promatrati i ovu luetičnu hunjavicu. Sve od reda radilo se tu o dojenčadi ili maloj djeci do najviše 7 godina sa jakom, često jednostranom seroznom sekrecijom iz nosa, koja je nerijetko zbog prljave okoline stvarala i ekcematozne promjene oko nosnica i u vestibulumu. Kod prednje rinoskopije mogli smo kod jednog dijela slučajeva naći i tipičan eritem na sluznici zahvaćene strane, kako su ga opisali francuski autori, naročito T i s s i e r. To su bile mrlje bakrenaste boje, što su neobično jako otskakivale od napadno blijede sluznice u okolini. Ali i kod slučajeva bez takova eritema bilo je upadno, kako bljedoća sluznice ide

uporedo sa pojačanom sekrecijom. Najobičnija lokalizacija bila je na sluznici hrskavičnog dijela septuma, rjeđe na prednjem polu donje školjke. Kod odraslih našli smo takovu hunjavicu samo u dva slučaja. Kod njih nije bilo eritema, ali je postojala intenzivna serozna sekrecija uz neobično blijedu sluznicu. Ova hunjavica bila je ujedno, uz pozitivnu seroreakciju, u oba slučaja jedini klinički simptom luetičnoga oboljenja.

Ekcematozne promjene, što nastaju oko nosnica i u vestibulumu kod luetične hunjavice, treba razlikovati od sličnih pojava koje nastupaju iz papulozne erupcije slične akni, a na koje je osobito upozorio K a p o s i. Takove sitne papule u području vibrisa mogli smo utvrditi u nekoliko slučajeva. To su bile posve analogne tvorevine onima što su ih francuski autori nazvali »acne indurée«. Kod nekih od tih slučajeva upale su nam u oči oštro ograničeni poput glavice od igle mali dijelovi sluznice izrazito blijedosivkaste boje i to najčešće u predjelu lamine kvadrangularis. Kod nekih slučajeva na tim mjestima nije bilo epitela, pa je onda takovo mjesto bilo prekriveno tankom fibroznom naslagom. Kod pokušaja da se ova naslaga digne obično je sluznica na tom mjestu počela krvariti. Blijedosiva boja ovih mjesta još je bila upadnija zbog toga, što ju je uvijek pratila hiperemija okolne sluznice. Zapravo takova se mjesta i nisu mnogo razlikovala od običnih ekskorijacija, što ih često nalazimo na nosnoj sluznici u posve zdravih ljudi, no ipak držimo, da nas kod ove pojave izrazito blijedosiva boja uz okolnu hiperemiju i koincidencija ove pojave sa papuloznim promjenama u nosnom predvorju upućuje na specifično luetično podrijetlo. U čitavom našem materijalu mogli smo u nosnom predvorju samo dva puta naići na sivkaste infiltrate slične malenim bradavicama. Držimo da ih možemo ubrojiti u onu formu papula, što su ih R i c o r d i F o u r n i e r opisali kao »syphilides granulées«.

No u čitavom našem materijalu bile su tercijarne forme daleko najčešće. Tom stadiju pripadalo je preko 90% našega materijala. Kod toga je interesantna činjenica, da smo floridne gumozne forme nailazili već kod djece od 2 godine starosti, jednako kao što i kod staraca od preko 70 godina. Ove činjenice mogle bi da doprinesu rasvjetljenju jednog važnog pitanja u etiologiji sifilisa koje još uvijek nije riješeno, a to je određivanje vremenskog razmaka od infekcije do razvitka gumoznih procesa.

Naš najmlađi slučaj sa gumoznim procesom bio je dječak od 2 godine iz sela Opare kraj Travnika, musliman. Inače teško rahitično dijete nije pokazivalo apsolutno nikakovih simptoma kongenitalnoga luesa. Usred čela i na nosnom korijenu u medijalnoj liniji po jedna fistula koja kroz gumozni infiltrat vodi u dubinu do hrapave kosti. Tragajući za mjestom primarnoga afekta našli smo na gornjem polu lijeve tonzile ožiljak, kojemu su odgovarale indolentne nešto povećane žlijezde ispod lijevoga angula mandibule. Očito je dakle da je infekcija morala kao obično uslijediti najvjerojatnije žlicom prigodom hranjenja. Vremenski razmak između ove infekcije i sadašnjega stanja nije mogao biti veći od pola godine, jer je

dijete prema materinoj izjavi bilo 18 mjeseci isključivo na prsima, a i povećane žlijezde ispod angula govorile su za relativno svježu infekciju. Sličan su slučaj u Neumannovoj spomenici objavili Lochte i Thost. Tu je došlo do gumoznih promjena već 5 mjeseci nakon infekcije, dok je Mauriac opažao jedan slučaj nakon 7 mjeseci. Teže je odrediti odnos prema vremenu infekcije kod našega najstarijeg slučaja. To je muslimanka, 73 godine stara, iz sela Suhi Do, općina Bila, koja je prema anamnezi rodila samo 3 žive i 12 što mrtve što nedonošene djece, koja su odmah po porodu umrla. Kod nje je velika guma na tipičnom mjestu zauzela najveći dio koštanog septuma i razorila kost tvrdoga nepca tako, da se stvorila komunikacija između nosa i usne šupljine. Drugih tragova gumoznog procesa nismo nigdje drugdje mogli pronaći. Starica se nije nikada u životu liječila, u svojoj 14 godini udala se u selo gdje i sad živi. Koliko je vremena u ovom slučaju proteklo od infekcije do razvitka gumoznoga procesa nije moguće ni približno odrediti, ali mislimo da ne ćemo pogriješiti, ako dob infekcije projiciramo vremenski daleko unazad, čak i prije 30 ili 40 godina. U tom selu naime, gdje je luetična infekcija općenita, i uz tamošnje životne prilike, teško je vjerovati, da bi itko mogao kroz dulje vrijeme izbjeći infekciji, a ova je žena tamo neprekidno živjela oko 60 godina!

No ima u našem materijalu čitav niz bolesnika starijih od 60 godina sa floridnim gumoznim procesom u nosu. Nekima je od njih guma jedini manifestni klinički simptom luetične infekcije, dok kod drugih brojni defekti i zvjezdaste brazgotine na sluznicama svjedoče o preboljelim pređašnjim gumama u toj regiji. Većina od tih slučajeva nije bila uopće liječena, dok je manji broj bio donekle liječen, ali nedovoljno. Među njima je jedan starac od 70 godina, zatim od 67 te od 65 godina i četvero preko 60 godina starosti. Sve su to slučajevi za koje moramo pretpostaviti, da vrijeme infekcije leži mnogo godina unazad, svakako više od 14 godina, koju je granicu Michelson postavio kao najveće razdoblje za razvitak tercijarnih simptoma. Na taj se način ponovno približujemo Ricordovoj tvrdnji, da se tercijarni lues često javlja i nekoliko decenija nakon infekcije. Kod francuskih autora nalazimo niz sličnih slučajeva. Tako je Bernout opisao nastup tercijarnih simptoma 20 godina nakon infekcije, a Mauric poslije 19 godina. Šta više i Lieven, koji i sam zastupa mišljenje da se tercijarni simptomi relativno rano pojavljuju, iznosi iz svoje prakse slučajeve gdje je tek 30 godina nakon infekcije došlo do razvitka gumoznih procesa. Prema tome držimo, da se u krajevima neliječenog, odnosno nedovoljno liječenog luesa razvitak tercijarnog stanja vremenski uopće ne može ograničiti.

Od gumoznih procesa, u našem materijalu, bili su vrlo česti infiltrati u nosnom predvorju. Osobito je hrskavični dio septuma sasvim sprijeda bio zauzet ovakvim infiltratima, što su mnogo puta veoma sužavali prohodnost nosa. To je svakako napadno, jer se obično ističe, da je klasična lokalizacija luetičnih infiltrata na koštanom dijelu nosnoga septuma, dok bi infiltrati na hrskavičnom dijelu trebali gotovo isključivo biti tuberkulozne prirode. U najvećem broju naših slučajeva bili su ovi gumozni infiltrati simetrično razvijeni na obje strane,

a samo su se izuzetno pojavljivali jednostrano. Upravo pojava istodobno simetričnog javljanja procesa navela nas je na misao, dali se tu možda ne radi o početnom gumoznom procesu na perihondriju ili na samoj hrskavici nosnoga septuma, odakle se onda istovremeno i simetrično ovakav infiltrat širi na sluznicu obiju strana. Kod sondiranja, naime, ispod upaljenog sad debljega sad tanjeg ali još uvijek čvrstoga površnog sloja upadala je sonda uvijek u razmekšanu sredinu u kojoj se mogla pipati sad tek oboljela, sad, i to češće, već perforirana hrskavica septuma. Znači dakle, da se radilo o gumoznom infiltratu koji se od hrskavice odnosno od njenog perihondrija simetrično raširio u oba predvorja. Ali ovakovo simetrično širenje specifičnoga procesa, osobito u predjelu gornjega respiratornog trakta, može također da bude uvjetovano i mrežom limfatičnih puteva, koji su, osobito u predjelu nosa, apsolutno simetrično raspodijeljeni. Na tu mogućnost upozorio je kod skleroma prvi Š e r c e r, a nije isključeno da ta činjenica i kod širenja luetičnoga procesa u ovoj regiji igra važnu ulogu. Analogan postanak moramo pretpostaviti i za simetrične infiltrate na bazi hoanalnoga dijela nosnoga septuma, što smo ih pomoću stražnje rinoskopije mogli dosta često utvrditi. Osim toga ima između infiltrata ove vrsti i onih što se razvijaju na samoj sluznici još jedna osjetna razlika. Gumozni infiltrati na sluznici plitki su ali široki, jer brže rastu u širinu nego u dubinu. Kad čovjek ima prilike da u kratko vrijeme pregleda veći broj takovih slučajeva, onda mu doskora ova razlika pada u oči. Takovi su svi infiltrati ove vrsti na nosnim školjkama, pa na sluznici epifarinksa, osobito na tubarnom torusu, koga bismo mogli nazvati predilekcionim mjestom za takove procese. Osim toga na površini ovih infiltrata često opažamo čitav splet raširenih krvnih žila kojih obično nema na simetričnim infiltratima septuma. No i na školjkama ima infiltrata što su počeli na samom hrskavičnom skeletu školjke, te se tek odavle raširili do površine.

U našem materijalu mogli smo takove infiltrate opažati samo u dva slučaja, jednom u predjelu prednjega pola lijeve donje školjke, drugi put u zadnjoj trećini lijeve srednje školjke. U oba slučaja bili su to mali, nejasno ograničeni, vrlo tvrdi, malenim tumorima slični infiltrati, koji su se već na prvi pogled mogli razlikovati od površnih infiltrata sluznice.

O ostalim gumoznim i konsekutivnim, destruktivnim procesima u predjelu nosa i paranazalnih šupljina u našem materijalu nema što da se kaže, jer su to sve pojave kako su već podrobno proučene i opisane u literaturi. Tako smo na primjer mogli promatrati svu skalu deformiteta od običnog sedlastog nosa i malih perforacija nosnoga septuma do najvećih destrukcija ne samo nosa i okolnih sinusa, već i gornje usne, te lica i vjeđa, i to u onom razmjeru, kakove opise imamo u evropskoj literaturi još samo kod autora iz predsalvarsanske ere. Promatrajući tako čitav niz ovakvih deformiteta, čovjeku se namiče pitanje, koji je zapravo razlog, razumije se pretpostavljajući istovrsnu infekciju,

da ona u istoj sredini jednom dovodi do tako teških defekata, a drugi put bez ikakove terapije zaustavlja se već nakon posve neznatnih promjena. Kao da ovom problemu dosad nije bila poklonjena dovoljna pažnja, pa bi se možda baš pri proučavanju ovoga pitanja moglo dublje zaći u rješavanje intimnih odnosa spiroheta odnosno njihovih toksina prema stanicama i sokovima organizma jednog svježeg i inače zdravog ljudskog tipa. Najvjerojatnije je, da kod toga doba u kojoj dolazi do infekcije igra važnu ulogu. Kako se infekcija u daleko najvećoj mjeri vrši ekstragenitalnim putem, pa kako u stalno inficiranoj sredini ni superinfekcije nisu rijetke, to je, a naš materijal nam to potvrđuje, mogućnost infekcije aktuelna od prvih dana života do kasne starosti. Međutim radi se o ljudskom materijalu vrlo homogenom, jednakih osobina i istih životnih uslova. Uz to moramo pretpostaviti, da je infekcija i u pogledu virulencije istovrsna. Sve nas to nužno dovodi do zaključka, da različnu otpornost organizma prema infekciji tražimo u različitom vremenskom razdoblju kad je infekcija nastupila. Koliko kod toga treba uzeti u obzir superinfekciju, to bi se tek eksperimentom moglo pokazati. Konačno, s ovim je razlaganjem usko povezano još jedno pitanje, također dosada nedovoljno naglašeno: koji su uzroci, da se u toj skroz naskroz inficiranoj sredini uz jednake životne prilike neki individui mnogo kasnije, i to decenijama kasnije, inficiraju od većine ostalih koji su svoju prvu infekciju primili već u najranijim godinama života? Držimo da bi eksperimentalni rad u tome pravcu pružio nove vidike u bit infekcioziteta i toksiciteta naših spiroheta.

Nosna sluznica kod luetičara podliježe trajnim promjenama. Dok su njene atrofične forme odavna poznate te je upravo slika atrofične rinitide smatrana dugo vremena patognomoničnom za lues nosa, hipertrofične su oblike kod luesa nosne sluznice prvi počeli opisivati francuski autori. Ali se na ove promjene gledalo i suviše statički, a kliničari su ponajviše opisivali samo ekstremne oblike hipertrofije, odnosno atrofije. Tako se došlo do toga, da se danas hipertrofični oblici na sluznici kod luetičara opisuju kao neke osobite forme ove bolesti, pa se govori o sifilitičnoj polipozi (J a c q u e s), o sifilitičnim plazmomima (B i l a n c i o n i), te granulomatoznim (d i V e s t e a) odnosno tumoroznim sifilidima (S c h e i n e m a n n). Zaboravilo se međutim, da su različite hipertrofične forme samo izvjesna stanja u toku zbivanja jednoga te istog patološkog procesa koji konačno svršava u ekstremnoj atrofiji svih specifičnih elemenata u sluznici, a često dovodi i do nestajanja i samoga skeleta nosnih školjaka.

Do ovoga zaključka doveo nas je upravo studij našega materijala. Kod bolesnika sa svježim tercijarnim pojavama imali smo naime češće priliku promatrati sočnu, na nekim mjestima edematoznu sluznicu nosnih školjaka. Ovakova slika nije se u prvi mah mnogo razlikovala od slike, što smo je mogli

često opažati kod pretraga u planinskim selima odmah kako bi nastupilo vlažno i kišno vrijeme. Kad nakon velikih ljetnih vrućina naglo zahladi i padne kiša, odmah se kod ljudi, koji su stalno vezani radom oko stoke pa neizostavno satima pa i danima ostaju u istoj naskroz pokisloj i mokroj odjeći i obući, javljaju upale nosne sluznice sad većega sad manjega obujma, često uz minimalnu sekreciju, što nastaju već prvog sunčanog dana. Od slike obične akutne hunjavice, kako smo je vični promatrati u gradu, razlikuje se ovakova rinitida ponajviše po svom intenzitetu, samo iznimno dolazi do opturacije nosa sa difuznom seroznom a kasnije i gnojnom sekrecijom, te istovremeno do konjunktivitide uslijed širenja procesa kroz lakrimalni kanal. Sluznica školjaka in toto nabubri uslijed pojačane hiperemije, a eksudacija što se kod toga javlja umjerena je i redovno sluzava, kataralična. Kod luetične rinitide tercijarnog stadija slika je nešto drugačija. Hiperemija i upalna infiltracija zauzima samo pojedina mjesta na sluznici nosnih školjaka. Ovi crveni infiltrati, koji lako prominiraju, oivičeni su naokolo blijedom sluznicom, bez upalnih znakova. Najčešće ih nalazimo u predjelu prednjega pola nosnih školjaka, osobito na prednjem polu srednje školjke, rjeđe u predjelu stražnjih polova. No ovo naše opažanje ne mora biti sasvim pouzdano, jer je pronalaženje ovakvih infiltrata putem stražnje rinoskopije dosta otežano, osobito kod pregledavanja na terenu, pa je lako moguće da su te pojave na stražnjim polovima češće puta i izbjegle našoj pažnji. Mi smo takovu sluznicu kod više bolesnika ekscidirali, ali se na histološkim slikama osim limfocitarne infiltracije, plazmastanica i hiperemije, nije moglo ništa naći što bi tim pojavama davalo točnije određenu ili čak specifičnu sliku. Osim toga je dobivanje intaktnog materijala iz sluznice nosnih školjaka za histološke pretrage vanredno teško, jer se kod skidanja redovno sluznica jako ošteti. Sekrecija je kod ovakove rinitide vrlo umjerena i uvijek čisto kataralična. Upravo po ovoj eksudaciji lako se razlikuje od luetične rinitide sekundarnoga stadija, kojoj je baš profuzna gnojna sekrecija uz upadno bljedilo sluznice najbitnija oznaka. Pored toga kod ovakovih bolesnika česte su gumozne promjene po ostalom tijelu, tako da je dijagnoza tercijarnoga luesa veoma olakšana.

Kao slijedeći stadij luetične upale nosne sluznice moramo smatrati hipertrofiju papila na polovima srednje školjke, koja češće prelazi i u pravu polipozu. Da je stvaranje polipa moguće upravo na tome mjestu dokazao je R u n g e. On je mogao utvrditi, da kod upalnih promjena na sluznici školjaka dolazi do umnožavanja žljezdanih elemenata i do raširenja krvnih žila, što opet dovodi do pojačane hiperemije i serozne eksudacije. Žlijezde se brzo pune, njihovi se izvodni kanali pretjerano šire, pa tako dolazi do stvaranja cističkih tvorba. Konačno se javlja i umnožavanje epitela, koji se na površini pretvara u višeslojni cilindrični epitel, osobito visokih stanica. Na mjestima, gdje se pod

takovim epitelom nalazi mekano, miksomatozno vezivo, urašćuje sam epitel u dubinu poput cijevi i tako odjeljuje iz prvotno glatke površine sluznice neke brazdaste tvorbe, kod kojih, uslijed povećanog rada žlijezda, lako dolazi do stvaranja polipoznih izraslina sa većom ili manjom peteljkom. Upadno je da ovakovo miksomatozno vezivo nailazimo samo u okolini pojedinih aberantnih etmoidalnih ćelija, pa ga stoga v. Gilse s pravom smatra rezultatom degenerativnih promjena u sluznici ovih ćelija u doba embrionalnoga razvitka. Analogne pojave mogu se razviti i u području donje školjke, što se međutim rjeđe događa jer su i zabačene etmoidalne ćelije u toj regiji mnogo rjeđe. S tog gledišta u našem materijalu dva slučaja zaslužuju osobitu pažnju.

Kod obadvojice su srednje školjke u prednjoj i stražnjoj trećini pokazivale niz polipića od kojih su najveći dosizali veličinu šljivine koštice. U predjelu oba pola donjih školjaka bila je razvijena ekscesivna papilarna hipertrofija. Grozdaste nakupine ispunjavale su vestibulum i mogle su se promatrati i bez rinoskopije. U tim nakupinama dobro su se u oba slučaja razlikovale skupine sivkastih polipića, što su izlazili iz medijalne strane donje školjke, od prilike 1½ cm od njenoga prednjeg vrška, a 1 cm naviše od donjeg brida. Nos je kod oba slučaja bio raširen kao kod jakih polipoza. U prvom se slučaju radilo o 22-godišnjem bolesniku, pravoslavne vjere, iz sela Vitovlja na Vlašiću, sa svježim tercijarnim pojavama na potkoljenicama, a u drugom o 27 godišnje muslimanu, iz sela Karaule kod Travnika, koji doduše nije imao nigdje gumoznih infiltrata, ali su brojne, dijelom svježe brazgotine na lijevoj skapuli i na desnoj nadlaktici jasno svjedočile o nedavno preboljelim specifičnim promjenama.

Stvaranje gumoznih infiltrata na skeletu etmoidalnoga labirinta i nosnih školjaka česta su pojava u našem materijalu. Napadan je velik broj nosne polipoze, koji u pojedinim selima dosiže preko 20% luetičara (Opara, Voljevac), a u materijalu sa Vlašića (Vitovlje) 6% od sveukupnoga broja pregledanih. To je bez sumnje dokaz više, da luetične infekcija pogoduje stvaranju nosnih polipa.

Ali stanje, u kojemu smo najčešće nalazili nosnu sulznicu bila je atrofija. To je i razumljivo, ako ovu atrofiju shvatimo kao konačno stanje nosne sluznice nakon svršenih upalnih procesa uopće, pa tako i nakon svršene luetične infekcije. Tako smo u našem materijalu od sveukupnoga broja pregledanih našli ekstremnu atrofiju nosne sluznice sa potpunom atrofijom nosnih školjaka i cikatriziranim etmoidom u 2,7% slučajeva, dok broj slabije razvijenih atrofija dosiže čak 8,3% od sveukupnoga materijala! Ako još uzmemo da smo kod 7,6% slučajeva od sveukupnoga broja pregledanih našli specifične promjene u nosu, onda je postotak nosnoga luesa u našem materijalu doista ogroman. Taj postotak otskače još više, ako ga izračunamo od broja pregledanih kod kojih je nesumnjivo utvrđeno da su inficirani luesom. Takovih je odraslih bilo 496, a od njih je 136, dakle 27,5%, pokazivalo manifestne simptome nosne infekcije! Usporedbom ovih brojaka postaje nam velik broj atrofija nosne sluznice još razumljiviji.

Tvrdnji da je atrofija nosne sluznice u našem materijalu konačni stadij nakon luetičnih procesa moglo bi se možda prigovoriti, kako nije dovoljno dokazano, da je hipertrofični stadij nosne sluznice preteča atrofije. Što više, danas čitav niz autora zastupa mišljenje, da su hipertrofija, odnosno atrofija sluznice dva posve različita stanja, ovisna o zasebnoj konstituciji sluznice. Osobito je Wittmaack-ova škola pokušavala da izdvoji hiperplastičan odnosno hipoplastičan tip sluznice, svaki sa svojim naročitim karakteristikama. Po tom naziranju o samoj konstituciji sluznice ovisi, hoće li u konačonm stadiju na jedan kroničan upaljivi infekt sluznica reagirati hipertrofijom ili atrofijom. No već je Zuckerkandl opažao kod bolesnika sa početnom ozenom pored atrofičnih partija i dijelove sluznice sa izraženim hiperplastičnim znakovima, pa je tvrdio, da se atrofija razvija iz hiperplastičnog stanja. Aleksander je s pravom upozoravao, da treba razlikovati pravu hiperplaziju, to jest uvećavanje pojedinih sastavnih elemenata sluznice od kongestivne hiperemije koja prati upaljive procese i koja također dovodi do povećavanja volumena sluznice, samo što u tom slučaju sluznica brzo gubi anemizacijom svoj povećani volumen, dok prava hipertrofija ostaje i pored upotrebe adrenalina. Novija istraživanja, naročito kod ozene, potvrđuju Zuckerkandlovo mišljenje. Tako je Lautenscläger na materijalu dobivenom prigodom operacije početnih slučajeva ozene i histološki mogao utvrditi čitave partije sluznice sa izrazitom hipertrofijom, a Hirsch je opisao niz slučajeva gdje je pored početne ozene postojala posve izražena nosna polipoza. Demmes je kod 36 slučajeva ozene našao u sluznici izmjenično hipertrofične i atrofične dijelove, a Schäffer je opisao slučaj iz svoje prakse, gdje je nakon mnogogodišnje hipertrofije nastupila intenzivna atrofija sluznice. Sličan slučaj opisao je i Torrini.

Radilo se o djevojčici koju je prvi puta vidio kada joj je bilo 5 godina. Tada je sluznica nosnih školjaka bila izrazito hiperplastična, dok je 4 godine kasnije kod iste bolesnice ustanovio ekscesivnu atrofiju svih nosnih školjaka, osobito donjih.

Obrnuto pak, ako nam kod ozene liječenjem uspije zaustaviti atrofičan proces, na mjestu atrofične sluznice ponovno se razvija hipertrofija. Tako je na II. internacionalnom otolaringološkom kongresu u Madridu iznio Mello, da je kod triju bolesnica sa tipičnom ozenom 4 godine nakon izlječenja mogao pouzdano ustanoviti hipertrofične rinitide. Otkako smo se i mi na našoj klinici počeli baviti operativnim lječenjem ozene, češće smo imali prilike da se osvjedočimo o ispravnosti Zuckerkandlovih i Lautenschlägerovih navoda. U tom pogledu, jedan osobito instruktivan slučaj nedavno smo imali prilike opažati.

Radilo se o 30-godišnjem radniku iz Maribora koji je preko 10 godina bolovao od recidivne polipoze nosa, kronične hipertrofične rinitide i kataralične kronične upale sluznice paranazalnih sinusa. Prigodom ponovne operacije obostrano je bio ispražnjen etmoid i oba

maksilarna sinusa operirana po Denkeru. Posljednja operacija, obostrana mukotomija donje školjke, bila je zbog oteščana dihanja izvršena prije godinu dana u Mariboru. Sada se bolesnik javio kod nas s ekscesivnom atrofijom sluznice nosa i oba maksilarna sinusa, veoma izraženim fetorom i masom smrdljivih zelenih krasta. U bakteriološkoj kulturi rasle su između ostaloga brojne sluzave kolonije Friedländer-ovog bacila.

To sve su veoma opravdani razlozi, koji nas nužno dovode do zaključka, da ekscesivnu atrofiju nosne sluznice smatramo kao završni stadij, što je uslijedio nakon dugogodišnje upale i kojemu je prethodilo sad kraće sad dulje razdoblje jednoga hiperplastičnog stanja. Samo na taj način postaje nam razumljivo, otkuda tako često kod svježih tercijarnih slučajeva u našem materijalu nailazimo različite forme hipertrofije od strogo lokalizirane hiperplazije na izvjesnim predilekcionim mjestima nosnih školjaka do difuzne nosne polipoze, i konačno, otkuda kod luetičara uopće, pa tako i u našemu materijalu, toliko veliki broj ekscesivne atrofije nosne sluznice. Ipak treba istaknuti, da je ta reakcija nosne sluznice na luetičnu infekciju posve nespecifična, pa stoga i ne nalazimo u takovoj sluznici nikakovih histoloških znakova karakterističnih za lues. Smatramo da je prvo hipertrofija pa dalje atrofija prirodna reakcija sluznice na svaki kroničan infekt, bilo da je on bio specifične prirode, bilo koje druge.

Od specifičnih promjena u epifarinksu, pored onih na hoanalnom rubu nosnoga septuma i na stražnjim polovima nosnih školjaka, o kojima je već prije bila riječ, opažali smo gumozne infiltrate na stražnjem dijelu uvule i u gornjem dijelu mekanoga nepca, te jedan slučaj gume na tubarnom torusu. Ali u svemu, bar prema našemu materijalu, kao da specifične promjene u epifarinksu nisu suviše česte. Uostalom, to potvrđuju i preostale cikatricijelne promjene na sluznici epifarinksa, što po broju daleko zaostaju za takovim promjenama u predjelu nepca, hipofarinksa i nosa.

U luetičnoj infekciji našega materijala tonzile zauzimlju vrlo važno mjesto, pa je i jedan od dva primarna afekta, što smo ih imali prilike naći u toku naših pregledba, (vidi D r a g i š i ć e v č l a n a k) bio lokaliziran na gornjem polu desne tonzile.

Kod 12 godišnje djevojčice, muslimanke, iz sela Opare, naišli smo na gornjem polu desne tonzile na tvrd, egzulcerirani, piramidasti infiltrat, dijelom već cikatriziran, sa udubljenim cikatricijelnim mjestima. Pored toga velik indolentan paket povećanih limfnih žlijezda iza angula mandibule i uzduž sternokleida na istoj strani daje utisak difuzne otekline. Ingvinalne žlijezde na obje strane otečene

No i u čitavom nizu drugih slučajeva, većinom kod djece od 3 do 4 godine na više, mogli smo, pored indolentnih žlijezda uz sternokleid i iza angula mandibule jedne strane, na odnosnoj tonzili naći veću ili manju brazgotinu, kao trag preboljeloga primarnog afekta na tom mjestu. Sva su ta djeca već bila

seropozitivna. Prema tome izgleda nam opravdano, da upravo tonzile smatramo kao jednu od predilakcionih mjesta za ekstragenitalnu infekciju kod našega t. zv. endemijskog luesa. Osim tonzila još kao predilekciono mjesto infekcije moramo smatrati i usnice.

Radilo se o dječaku od 8 godina, muslimanu, iz sela Bunića kod Gornjega Vakufa, sa tipičnom svježom sklerozom donje usne. U tom su slučaju još seroreakcije zbog posve svježe skleroze bile negativne, ali je već postojala oteklina submentalnih i odgovarajućih submandibularnih žlijezda.

Ako još uzmemo u obzir i veliki broj papula kod djece, lokaliziranih baš na usnama, na sluznici ustiju i na tonzilama, ne može biti sumnje da su kod našeg t. zv. endemijskoga luesa upravo usta najčešće mjesto primarne infekcije. To uostalom ni malo ne iznenađuje, nego je posve u suglasju s načinom života u ovim krajevima, gdje dijete jede istom žlicom kao i majka i pije iz istoga suđa odakle i svi ostali ukućani.

Hipertrofija limfatičnoga prstena kod djece, rijetka je pojava u našim dinarskim predjelima. Ranije sam se već u nekoliko mahova podrobnije pozabavio bio ovom pojavom, pa sam mogao utvrditi, da je pojava hipertrofije limfatičnoga prstena usko vezana sa prebivanjem u loše zagrijavanim kamenim kućama. U oblasti drvene kuće pojavljuje se ona samo izuzetno. Tim više upalo nam je u oči, da smo u nekim jako zaraženim selima u okolini Travnika i Gornjeg Vakufa (na pr. Opara) češće nailazili povećane tonzile palatine, a osobito veliku tonzilu faringeu. Pa i sva djeca kod kojih smo opažali brazgotine na tonzilama poslije primarnih afekata, imala su izrazito povećane tonzile. Držimo da se tu radi o t. zv. pseudohipertrofiji limfatičnoga prstena kod seropozitivne djece, kako su je opisali talijanski autori. Tako je B r i s o t t o utvrdio, da limfatično tkivo posjeduje naročitu privlačnost za spirohete, pa je u 10 slučajeva samo 3 puta našao tonzilu faringeu bez spiroheta. Afekcija tonzila kod ekstragenitalne infekcije luesa i inače je vrlo česta i opće poznata. Tako iznosi H i c q u e t čak 6 različitih forma primarne skleroze na tonzilama!

Naši Dinarci općenito imaju zdrave zube. To više upada u oči veliki broj karijesa i defektnih zubala u našemu materijalu. Tako je u Mehorićima kod Travnika, od 855 pregledanih imalo 297 napadno loše zube, a u Gornjem Vakufu od 379 pregledanih njih 83. Od toga je u Mehorićima bilo 147 seropozitivnih, dakle gotovo polovina od sveukupnog broja sa lošim zubima. Mislimo da nećemo pogriješiti ako ovako veliki broj dovedemo u vezu sa luetičnom infekcijom. Ovaj naš zaključak potkrepljuje činjenica, da smo u selima na Vlašiću, gdje je bilo relativno malo luetičara, našli i najmanje karioznih zubala. Tamo smo naime kod 547 pregledanih našli loše zube samo u 28 slučajeva od kojih je 11 bilo seropozitivnih.

Sa luetičnim promjenama u ustima, u mezofarinksu i na nepcu sretamo se u našem materijalu daleko najčešće. Veliki defekti, posljedice gumoznih procesa na nepcu, te teške deformacije uslijed ogromnih brazgotina u ustima i na sluznici ždrijela, česta su pojava. Međutim, ove su pojave već toliko puta opisivane u literaturi, da držim, nije potrebno da se s njima podrobnije bavimo. Osobito često sretamo kod djece svježe sekundarne forme u ustima. U našem materijalu ovoj skupini pripada gotovo polovina naših nalaza.

Luetične promjene u grkljanu česta su pojava kod djece sa akviriranim luesom. Tako smo kod 57 seropozitivne djece do 14 godina sa akviriranim luesom, našli u 11 slučaja sekundarne, a u 8 tercijarne promjene u grkljanu. Naprotiv, kod kongenitalnoga luesa nismo u našem materijalu od 59 sigurno utvrđenih luesa (D r a g i š i ć) nigdje naišli na luetične promjene larinksa. Konstitucionalni momenti, kojima T h o s t u ovom pitanju pridaje veliku važnost, ne mogu nam protumačiti ovu upadnu razliku. Jednako ne možemo povući bilo kakav zaključak u tom pogledu ni iz općeg slabog stanja, jer djeca uslijed nedovoljne ishrane u preko 80% (D r a g i š i ć) pokazuju teške rahitične promjene. Ova razlika u afinitetu kongenitalne i akvirirane forme luesa prema grkljanu u našem materijalu više govori u prilog G e r b e r o v o j tvrdnji, da je lues grkljana uopće mnogo češći u svim slučajevima, gdje se primarni afekt nalazio u ustima, na tonzilama ili u ždrijelu, a to je upravo najčešća pojava kod našega tzv. endemijskog sifilisa, kako smo to već naprijed istakli. Kod toga bi T h o s t u u toliko mogli dati pravo, što inficirana tonzila faringea zaista može da doprinese lakše infekciji grkljana. Tek smatramo, da uzrok povećanja ove tonzile ne smijemo tražiti u konstitucionalnim momentima, nego da je ono, kako smo to već naprijed istakli, posljedica afiniteta limfatičnoga tkiva uopće na luetičnu infekciju.

Među laringealnim afekcijama sekundarnoga stanja kod odraslih u našem materijalu, daleko najveći broj broj zauzimaju laringitide bez ikakovih karakterističnih specifičnih znakova. Samo pozitivne seroreakcije uz ostale specifične simptome van larinksa dopuštaju nam, da i ovakove upaljive promjene na sluznici grkljana ubrojimo u luetičnu afekciju. Laringoskopska slika analogna je sa slikom što smo je vični vidjeti kod obične laringitide. Raucedo je glavni pratilac ovih promjena, a rijetka je anamneza u kojoj bolesnik ne bi spominjao da mu je neko vrijeme, dulje ili kraće, »falio avaz«! Samo u dva slučaja bio je uzrok promuklosti zadebljanje plicae interarytmoideae, dok su glasilnice bile potpuno blijede i glatke. U jednom slučaju mogli smo na laringealnoj plohi epiglotide naći strogo ograničeno ružičasto, lako prominentno, rozeoli analogno mjesto, za koje držimo, da bismo ga smjeli ubrojiti u pravi specifični enamtem, kako su ga opisali francuski autori, to više, što je rozeola na vanjskoj koži bila

u punom razvitku. Od novijih autora mnogi (osobito H o f e r), uopće negiraju postojanje rozeole na sluznici grkljana, te ističu da u svojoj praksi nisu nikada vidjeli ni jednog takovog slučaja. To još nije dovoljan dokaz da rozeole na sluznici grkljana uopće nema, to više, što je sama rozeola bez sumnje vanredno kratkoga vijeka, a osim toga ne pravi ona bolesniku nikakovih smetnja, pa tako vrlo lako izbjegne kontroli.

O papuloznim formama luetičnoga enantema te o različitim oblicima tercijarnoga stadija, koji su u našem materijalu obilno zastupani, smatramo da je suvišno raspravljati, jer jednako, kako smo već prije istakli za teške sekundarne promjene, i ove forme u literaturi već su dobro poznate i u detalje obrađene. Jedino je možda vrijedno napomenuti, da koji put i veliki defekti epiglotide ne zadaju mnogo smetnja kod gutanja. Bit će da u takovim slučajevima zatvor glasnica i stezanje faringealne muskulature kod gutanja nadomješta funkciju epiglotide, kako je to već T ü r c k istakao. Teške perihondritide nismo našli u našim pregledima, jednako ni cikatricijelne deformitete koji bi pravili stenotične simptome. Uz mnoštvo drugih laringealnih promjena u našem materijalu, ova je činjenica svakako upadna.

U ovom radu nismo imali namjeru da damo sistematsku sliku specifičnih promjena u gornjem respiratornom traktu u području našega endemijskog luesa. To su samo razmišljanja, što su nam se nadavala kod pregleda naših bolesnika, a za koja držimo da nisu bez vrijednosti da se zabilježe. To tim više, što je to bilo prvi puta da se jednom specijalisti rinologu pružila prilika, da na terenu pregleda toliko veliki broj luetičara u području našega endemijskoga sifilisa.

OBOLJENJA AORTE KOD ENDEMIJSKOG LUESA.

V. Boić.

Zadaća interniste bila je, da u zajednici sa rentgenologom traži i ispituje luetične promjene aorte. Opća klinička dijagnostika luesa aorte je laka u slučajevima, gdje je već došlo do aneurizme, eventualno sa izraženom aortičnom insuficijencijom, te sa aortičnim promjenama na srcu. Početni lues aorte, gdje još proširenje aorte nije veliko, spada u klinički teške dijagnoze, a često se uopće ne da dijagnosticirati. Zvučni drugi ton nad aortom, sa finim ili oštrijim sistoličkim šumom nad aortom, govori u prilog mezaortitide, osobito ako je muklina nad sternumom izražena i eventualno za 1/2 do 1 prsta izvan desnog sternalnoga ruba. Važno je znati, da niti kod same mezaortitide, a niti kod aneurizme bez oštećenja aortičnih zalistaka, nema promjena u smislu hipertrofije i dilatacije srca. U slučajevima gdje aorta nije jako proširena moguća je i sigurna je eventualno samo rentgenska dijagnoza.

Proširenje aorte, kako je poznato, nastaje uslijed skleroze, luesa i povišenog krvnog tlaka.

Samom rentgenskom pretragom ne možemo u svakom slučaju razlikovati te tri vrste proširenja.

No kod mladih ljudi, koji nemaju povišeni krvni tlak, a imaju proširenu aortu, sumnja na lues je vrlo velika, a gotovo posve je sigurna dijagnoza, ako već vidimo aneurizmu.

Ako već imamo neke kliničke, a specijalno rentgenske simptome, onda nam je dijagnoza tek posve sigurna, kad su slučajevi i serološki pozitivni. Kod neliječenih slučajeva sa sumnjom na lues aorte nema dijagnoze bez pozitivne serološke reakcije. Toliko o dijagnostici, koja, kako vidimo, traži pozitivni rentgenski i serološki, a tek na trećem mjestu fizikalni nalaz, u koliko on već sam po sebi nije jako izražen.

Već na početku rada naišao sam na velike zapreke za tačan medicinski rad. Prva i glavna zapreka bio je veliki broj pregledanih u jedinici vremena. Mi smo dnevno morali da pregledamo po nekoliko stotina ljudi. Kako nismo imali dosta pomoćnog osoblja, nije bilo moguće kod svakog pregledati mokraću, a zbog brzine nije ni krvni tlak mjeren kod svakog. Moja želja je bila, da po mogućnosti tražim osim mezaortitide i druga luetična oboljenja, koja spadaju u područje unutarnjih bolesti.

Druga glavna i najveća zapreka za rad interniste i rentgenologa bila je neprilika sa rentgenskim aparatom, koji nam se odmah na početku našega rada (u Vitovlju) pokvario. Ostavši bez rentgena, t. j. bez glavnog sredstva za dijagnostiku luetične aortitide, bio sam prisiljen da više dana radim bez rentgenske kontrole i pomoći.

I kasnije nije postojala idealna suradnja između rentgenologa i internista, jer su rentgenski pregledi bili vršeni u Travniku (dr. R y b k i n), a mi smo radili po pojedinim selima. Na rentgenski pregled nisu međutim ni došli svi koji su bili upućeni; zato je broj rentgenski pregledanih vrlo malen.

U svemu je pregledano oko 150 osoba, što je zapravo neznatan broj od svih pregledanih. Napominjemo, da smo upućivali na rentgenski pregled samo sumnjive slučajeve. Posljedica takovog rada jest, da se možemo osvrnuti samo na maleni broj pozitivnih, odnosno sumnjivih slučajeva luesa aorte.

Kako nam je za dijagnozu uz ostalu pretragu najvažniji rentgenski nalaz, to ću uglavnom da prikažem slučajeve, koji su rentgenom konstatirani, odnosno potvrđeni. Po navodima dr. R y b k i n od svih pregledanih rentgenom samo u 16 slučajeva nađene su promjene na aorti, a od ovih samo 4 pokazuju tipične promjene u smislu mezaortitide.

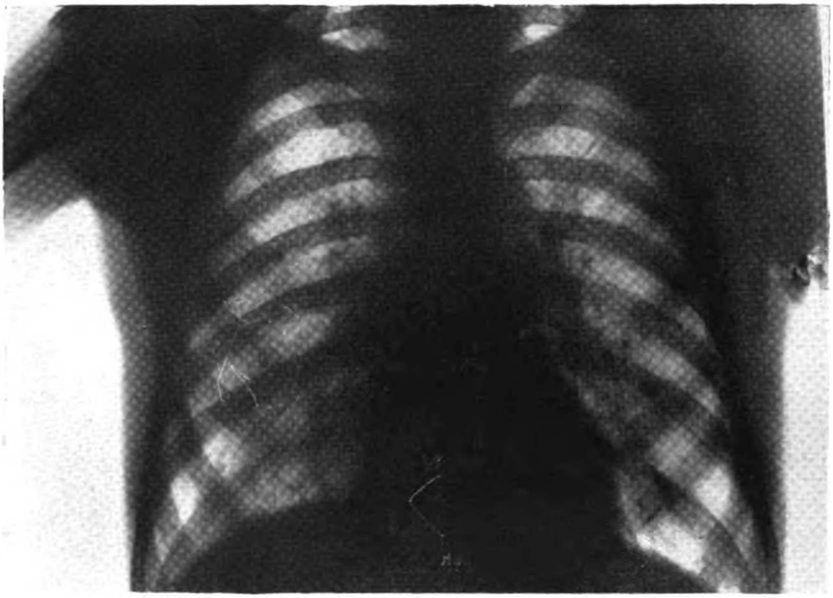
I. slučaj M. A., 60 god., iz Čukala, seropozitivan MKR ++, liječio se 1934. U anamnezi glavobolja, besanica i nesvjestica. Fizikalni nalaz ne pokazuje bitnih promjena. Aorta preko 3 prsta široka, tamna. (Slika br. 1.).

II. slučaj S. D., 55 god., iz Suhog Dola; za vrijeme rata bio u Rusiji gdje je navodno imao i neki osip na koži. Fizikalni nalaz: Nad bazom a najbolje nad aortom čuje se sistolički šum. Granice srca: III rebro medioklavikularna linija i desni rub sternuma MKR ± Rentgenski nalaz: aorta ascendens mnogo šira nego li descendens (Slika br. 2.).

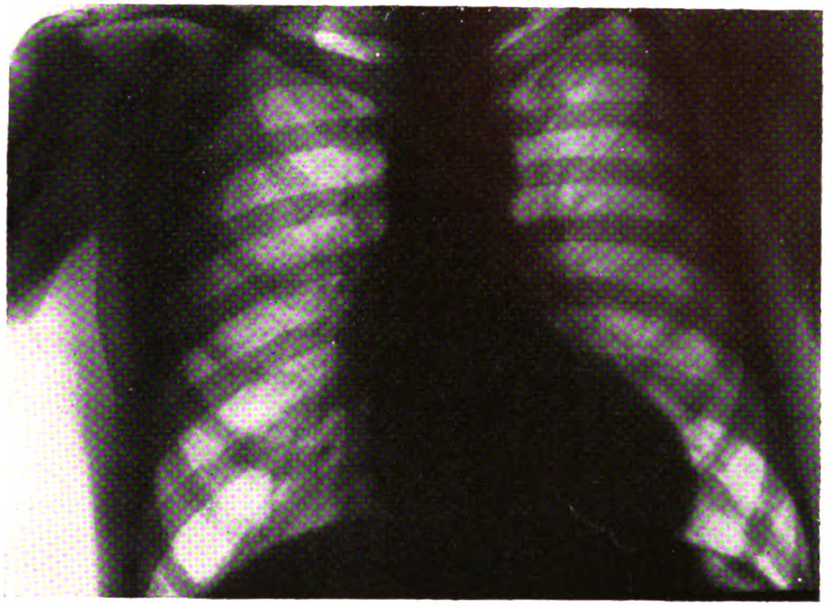
III. slučaj P. S., 53 god., iz Miletića. Fizikalni nalaz ne pokazuje naročitih promjena. Seropozitivan. MKR ++. Rentgenološki: aorta je jako široka naročito ascendens (Slika broj 3.).

IV. slučaj O. T., 40 god., iz Maline. Fizikalni nalaz: ictus u V međurebranom prostoru lijeva granica izvan medioklavikularne linije. Nad vrškom se čuje fini sistolički šum, a nad aortom kratki sistolički i dekrescendo dijastolički šum. Rtg.: Srce uslijed aneurizme potisnuto dolje i lijevo. Lijevi ventriculus proširen. Aneurizma aorte ascendens u predjelu valvule. (Slika broj 4.). Snimka nije dobra, jer je disao.

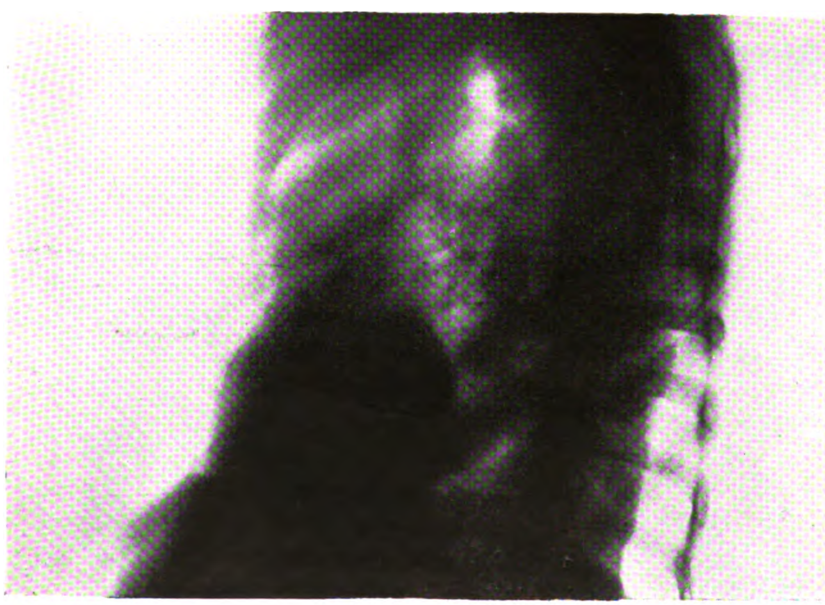
Od ta četiri slučaja samo dva imadu promjene u fizikalnom nalazu, a kod drugih dvaju nema fizikalnih promjena, ili su bile neznatne te su prema tome u brzini mogle biti previđene. Budući da snimke četvrtog slučaja nisu dobro uspjele, to rentgenolog od boljih snimaka ističe prvi slučaj kao najkarakterističniji. Klinički najtipičniji bio je slučaj br. 4. sa aortičnom insuficijencijom. U gornjem Vakufu našao sam još jednu aortičnu insuficijenciju, koja međutim nije rentgenski kontrolirana. Iako nije bilo mnogo klinički tipičnih slika, uvjeren sam, da bi se sa tačnom fizikalnom i rentgenskom pretragom sigurno našlo više slučajeva.



Sl. 1.



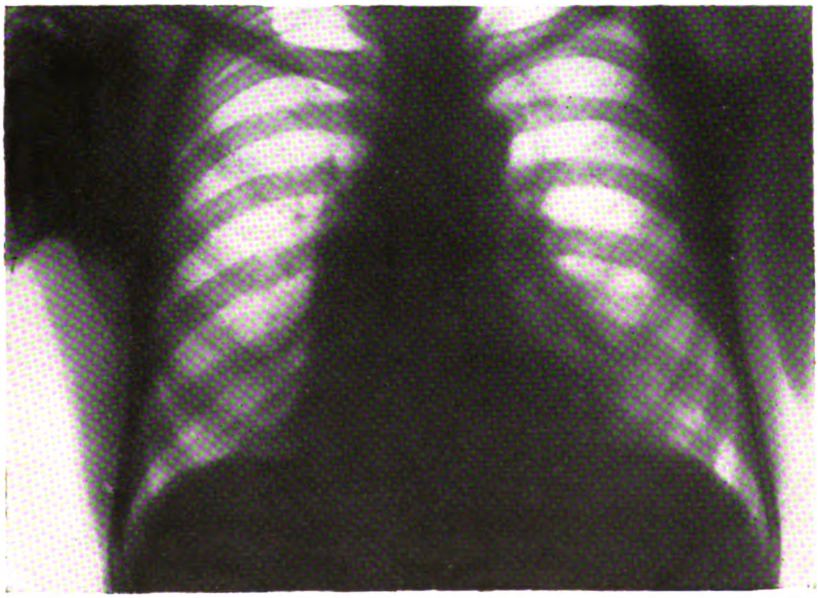
Sl. 2.



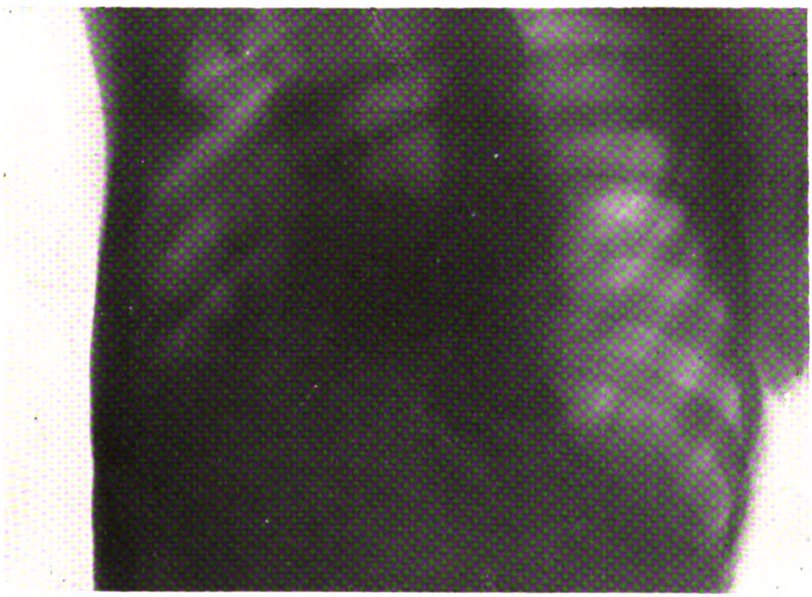
Sl. 2a.



Sl. 3.



Sl. 3a.



Sl. 4.

Promotrivši ova 4 slučaja i uzevši u obzir još 12 sumnjivih slučajeva, kraj vrlo malog broja rentgenskih pregledanih, ne smijemo ni pomisliti na kakove statističke zaključke. Ne možemo također uspoređivati naše nalaze sa onima drugih autora, jer smo radili pod iznimnim uvjetima.

Da smo imali prilike, da od početka do kraja ankete radimo strogo klinički, broj pozitivnih slučajeva bio bi sigurno veći, a tek onda bi se mogli pozabaviti i sa statističkim zaključcima.

Zasad se moramo zadovoljiti s činjenicama, da smo među pregledanim u kraju sa endemijskim luesom našli nekoliko slučajeva mezaortitide.

Konačno još nekoliko riječi o drugim opažanjima. Čudi me što kraj tolikog broja pregledanih, a i seropozitivnih, nisam našao hepatolienalnih oboljenja. Za bubrežna oboljenja na žalost ne mogu ništa da kažem, jer je samo malenom broju pregledana mokraća.

Hipertonija sam našao samo nekoliko. U čitavom kraju nisam našao sistemna oboljenja (leukemija, granuloma i t. d.) sa vidljivim simptomima odnosno dokučivim za fizikalnu pretragu. Napadnih simptoma za maligne tumore, osim Ca ventriculi u jednom slučaju, također nisam vidio. Kako smo se pak s planina spuštali u nizinu, tako se je počela javljati tuberkuloza.

Zaključak.

Pregledba je bila otešćana, jer kod velike većine nije bilo rentgenske kontrole. Utvrđena su 4 sigurna slučaja luetične mezaortitide i 12 sumnjivih.

Prema tome na terenu endemijskog luesa, gdje je anketa radila, nađene su kod oboljelih promjene na aorti u smislu luetične mezaortitide.

OBOLJENJA OČIJU KOD ENDEMIJSKOG LUESA.

A. Španić.

Za vrijeme ankete u travničkoj oblasti bilo je oftalmološki pregledano 1.546 osoba. Od toga broja nije krv pretražena u 81 slučaju. Kod pregledanih slučajeva našle su se najrazličitije bolesti i mane. Ovdje ću se međutim osvrnuti u glavnom samo na bolesti, koje stoje u vezi sa sifilisom, a ostala oboljenja i mane ću obraditi drugom zgodom.

Kod slučajeva, koji su bili oftalmološki pretraženi, bila je serološka reakcija krvi po Meinickeu pozitivna ++ u 175 slučajeva, + u 129 slučajeva, neodređena u 42 slučaja, negativna u 1038. Likvor je bio pozitivan u 12 slučajeva, neodređen u 5 slučajeva, a negativan u 8 od pretraženih slučajeva.

Kod oftalmološki pretraženih slučajeva s pozitivnim nalazom ++ u 88 slučajeva, + u 66 slučajeva i u 23 slučaja s ± nalazom u krvi bio je očni nalaz negativan, a u ostalim slučajevima pozitivan.

Primarni afekt na oku nije nađen ni u jednom od pretraženih slučajeva.

Sto se tiče oboljenja, koja se pojavljuju kod kongenitalnog luesa, to mogu navesti 2 slučaja sa parenhimatoznom keratitidom, od kojih je kod jednoga postojala keratitis parenchymatosa uz ekcematoznu keratokonjunktivitidu.

1. sl. Dječak od 8 god., iz Sazića. Roditelji živi, braće nema. Na rožnici lijevog oka nalaze se više u centralnom području grudaste i točkaste mutnine. U rožnici se vide regresivne duboke krvne žile. Maculae corneae sin. post keratitidem parenchymatosam. Krv: ++.

2. sl. Djevojčica od 7 god., iz Sazića. Dobila 4 injekcije u lijevo bedro. Eczema retroauriculare madidans. Na limbu nalazi se na oba oka po nekoliko fliktena. Površina rožnice neravna kao iglom izbodena (šagrinirana). Rožnica zamućena difuzno poput pahuljica i grudica. Na rožnicu idu naročito s nazalne i temporalne strane površne krvne žile, koje se protežu na rožnicu ca 2—3 mm. Osim toga vide se u rožnici i duboke krvne žile, koje imadu oblik lepeze ili metle. Keratitis parenchymatosa o. u. et kerato-conjunctivitis eczematosa o. u. Krv: ++.

Osim navedena 2 slučaja s parenhimatoznom keratitidom, koji su nađeni za vrijeme ankete, navodim ovdje još 3 slučaja (3 do uključivo 5), koji su liječeni na očnoj klinici u Zagrebu.

3. sl. H. K. od 18 god.; neoženjen, radnik iz endemskog kraja kod Banja Luke. Primljen na kliniku 17. XII. 1928. Br. prot. 300/1928. Do pred 2 mjeseca bio je uvijek zdrav, a tada

mu je počelo lijevo oko suziti i crveniti se. Na oko mu se počelo nešto navlačiti, kao neka koprena, te sve slabije vidi. Veneričke infekcije niječe.
Keratitis parenchymatosa o. sin.

V ⟨ d = 6/6, l = Broji prste na 30 cm. Krv: ++.

4. sl. P. B. od 10 god., dijete poljodjelca iz Slabinje (Bos. Novi). Primljen na kliniku 10. IV. 1930. Br. prot. 214/1930. Do pred 7 mjeseci bio zdrav. Od tada ne čuje na desno uho gotovo ništa, a na lijevo vrlo slabo. Već nekoliko mjeseci vidi slabije na desno oko, a 8 dana boli ga to oko i suzi mu. Zubi polumjesečasto udubeni. Keratitis parenchymatosa o. dex. Vod = 6/18??, Vos = 6/6.

5. sl. J. M. od 18 god., neoženjen, iz Budjaka (Banja Luka). Primljen na kliniku 27. I. 1934. Br. prot. 65/1934. Do pred mjesec dana bio je uvijek zdrav, a tada mu se upalilo lijevo oko. Keratitis parenchymatosa o. sin.

V ⟨ d = 6/6, l = 6/36 s. c. Krv: ++.

Slučajevi 1—5 govore nam jasno, da i u endemiji u Bosni imade parenhimatoznih keratitida, koje uzrokuje kongenitalni lues. Prema navedenom broju slučajeva (2 u Bosni za vrijeme ankete i 3 liječena na klinici) moglo bi se neopravdano zaključiti, da su ova oboljenja u Bosni rijetka. Ovaj razmjerno maleni broj slučajeva imade uzrok u tome, što je u prvom redu za vrijeme ankete pretražen ne samo premalen broj slučajeva, nego i pod vrlo lošim okolnostima (bez tamne sobe i t. d.). U razdoblju od 14 godina bio je na očnoj klinici u Zagrebu liječen veći broj slučajeva, koji su bili iz Bosne i koji su bolovali od parenhimatozne keratitide. No ja sam se ograničio samo na one bolesnike, koji su rođeni u selima, gdje vlada endemijski lues.

Ostale nijesam uzeo u obzir.

Oboljenja bjeloočnice, žilne ovojnice (uveae) i mrežnice (retinae).

6. H. R., 20 god., iz Gornjeg Vakufa. Preklani dobila 18 injekcija. Patelarni refleksi vrlo slabi. Zjenice reagiraju tromo i neizdatno. Anisokoria: d > l. Iridocyclitis peracta o. dex. Krv: —.

7. F. D., 52 god., iz Suhog Dola. 3 djece živo. Liječena nije. Zjenice reagiraju tromo i neizdatno. A. d < l. Iritis peracta specif. o. dex. Krv: ++.

8. Dječak od 5 god. iz Gračana. Gumozne promjene na podlaktici. Ostitis et periostitis tibiae utr. Staphyloma sclerae o. sin. post scleritidem specif. Krv: ++.

9. H. H., 56 god., iz Gornjeg Vakufa. 4 djece živo, a 3 umrlo. Već više godina slabo vidi. Desna zjenica ne reagira, a lijeva reagira vrlo tromo i neizdatno. A. d < l. Chorioiditis specif o. u. Papila vidnog živca obiju očiju blijede boje.

V : d = 1/60 s. c. Krv: — 1 = 1/60 s. c.

10. M. K., 40 god., iz Gornjeg Vakufa. Mnogo je trpjela od glavobolje. Zjenice reagiraju tromo. Chorioretinitis o. u. Krv: +.

11. P. U., 45 god., iz Seferovića. 3 djece živo, a 11 umrlo. Dobila 7 injekcija. Perforatio septi nasi lu. Laryngitis lu. Zjenice reagiraju tromo i neizdatno. Chorioiditis juxtapapillaris o. u. Krv: ++.

12. L. B. 27 god., iz Orašca. 3 djece živo, a 4 umrlo. Lanjske godine dobila 4 injekcije u ruku. Zjenice neokrugle, tromo reagiraju. A. d. < l. Chorioretinitis lu. o. u. Krv: L.: 53/3, SB. 0,38%, P. , NA. +. Zl. r. 66554333210.

13. N. O., 50 god., iz Suhog Dola. 3 djece živo, a 5 umrlo. Dobila ove godine 3 injekcije u bedro. Sedlasti nos. Perforatio septi nasi lu, Rhinitis atroficans lu. Blenorrhoe sacci lacr. lat. sin. Trachoma cicatr. o. s. Desna zjenica reagira nešto tromije, a lijeva uopće ne reagira. A. d < l. Opacitataes corporis vitrei sin. Chorioiditis centr. lu. Atrophia nervi optici sin.

V ⟨ d = 6/10, l = Amaurosis. Krv: +. L: —

14. Djevojčica od 14 god., iz Ćukala. Dobila lani i preklani po 12 injekcija. Zjenice reagiraju tromo. A. d < l. Chorioretinitis o. sin. Krv: —. L.: nije vađen.

Osim navedenih slučajeva, koji su nađeni za vrijeme ankete, navodim ovdje 2 slučaja oboljenja žilne ovojnice (15 i 16 sl.) i 1 slučaj sa gumom donje vjeđe i orbite (17 sl.), koji su liječeni na očnoj klinici u Zagrebu, a potječu iz krajeva, gdje vlada endemijski lues.

15. A. I., 41 god., iz Prnjavora. Primljen na kliniku 31. III. 1929. Br. prot. 154/1929. 2 djece živo, a 4 umrlo. 1923. prebolio anginu. Pred 10 dana počelo ga boliti desno oko. Periostitis orbitae dex. et iridocyclitis o. dex. lu.

V ⟨ d = 1/60, l = 6/6 Krv: ++.

16. I. V., 23 god., iz Borovića (Bihać). Primljen na kliniku 20. II. 1932. Br. prot. 101, 1932. U vojsci prebolio kapavac. 1930. godine počeo mu slabiti vid lijevoga oka, a pred 15 dana počelo ga boljeti desno oko. Lijevim okom vidi slabo. Scleritis o. dex. lu. Chorioretinitis lu. o. u.

V ⟨ d = 6/6, l = 0.2/60 Krv: ++.

1936. nakon 6 kura NS i Bi. Krv: ++.
L.: P. +. N. A. +.

17. P. K., 50 god., iz Tuzle. Primljena na kliniku 10. XI. 1931. Br. prot. 362/1931. 5 djece živo, 2 djece umrlo, a 2 mrtvo rodila. Pred 4 mjeseca počelo joj nešto rasti na desnoj donjoj vjeđi. Nos sedlasto uduben. Gumma orbitae et palp. inf. dex. Krv: ++

V ⟨ d = 6/8 s + 0.75 Dsf. = 6/6, l = 6/8 s + 0.75 Dsf. = 6/6.

Ovi slučajevi jasno govore, da endemijski sifilis u Bosni izazivlje isto tako, kao i lues u drugim europskim zemljama, razna oboljenja vjeđa, bjeloočnice, žilne ovojnice (šarenica, zrakasto tijelo i žilnica) i mrežnice. Od ovih slučajeva bio je krvni nalaz kod 3 slučaja negativan, a likvor nije pretražen. Ali zato je u svim drugim slučajevima bio krvni nalaz pozitivan, a u 2 slučaja, kod kojih je likvor pretražen, bio je i nalaz likvora pozitivan.

Sušenje vidnog živca (atrophia nervi optici).

18. M. M., 70 god., iz Baljkovaca. 6 djece živo, a sedmero umrlo. Već dulje vremena slabo vidi. Bolovi u donjim ekstremitetima traju već više godina, a 8 mj. ne može hodati. Arefleksija patelarna i Ahilovih tetiva. Hipotonija gornjih ekstremiteta i paraplegia donjih. Arthropatia u donjem skočnom zglobu. Incontinentia urinae. Desna zjenica reagira jedva primjetljivo, a lijeva uopće ne reagira. A. d < l. Obje papile blijedo-bijele boje, oštro ograničene.

V ⟨ d = Broji prste na 3 m. / l = Broji prste na 3 m. Krv: —. Atrophia gen. n. opt. o. u.

L.: povećani pritisak. S 10/3, SB. 0,91 %, N. A. P. + +. Zl. r. 56666665544.

19. R. V., 26 god., iz Gračanice. 2 djece živo, 1 umrlo. Liječila se nije. Glavobolje. Gonitis lu. Patelarni refleksi diferentni, desno vrlo živahni. Zjenice reagiraju tromo. A. d < l. Papile temporalno blijede boje, nazalno ružičaste.

V ⟨ d = 6/8 s. c. Krv: +. Atrophia gen. n. opt. incip. o. u.
l = 6/8 s. c. L.: S. 3/, SB. 0.24‰, N. A. P. ±. Zl. r. 24322110.

20. M. P., 37 god., iz Poljanice. 3 djece živo, 1 umrlo. Lanjske i ove godine dobio 24 injekcije u Travniku. Desno ad nates nalaze se brazgotine u veličini dlana. Nos je sedlasto udubljen. Perforatio septi nasi lu. Rhinitis atroficans lu. Zjenice reagiraju tromo. A. d. < l. Papila obih vidnih živaca ružičasto-blijede boje.

V ⟨ d = 6/12 s. c. Krv: + +
l = 6/15 s. c. Atrophia gen. n. opt. o. u.

21. A. M. 65 god., iz Ćukala. 1 dijete živo, 10 umrlo. Ove godine dobio 9 injekcija u bedro. Rentgen: Aorta preko 3 prsta široka. Zjenice reagiraju vrlo tromo. A. d. < l. Atrophia gen. n. opt. o. u.

V ⟨ d = 3/60 s. c. L.: S 13/3, SB. 0,41 %, P. N. A. +. Zl. r. 665544210.
l = 4/60 s — 1.5 Dsf. = 6/36. Krv: nije uzeta.

22. M. B. 40 god., iz Grahovčića. Djece nije imao. Dobio 12 injekcija Bi. Zjenice reagiraju tromo. Papila lijevog vidnog živca blijede boje. Atrophia gen. n. opt. sin. Krv: +. L.:

23. M. D., 60 god., iz Suhog Dola. Djece nije imao. Dobivao N. S. i Bi injekcije. Defectus palati mollis et partialis palati duri lu. Cicatrices pharyngis, linguae et epiglotidis lu. Laryngitis lu. Zjenice reagiraju tromo. Papile ružičasto blijede boje.

V ⟨ d = 6/8 Krv: + + L.:
l = 6/12 Atrophia gen. n. optici o. u. incipiens.

24. H. D., 30 god., iz Suhog Dola, 4 djece živo, 2 umrlo. Liječio se nije. Cicatrices pharyngis lu. Zjenice reagiraju tromo. A. d < l. Papila vidnog živca lijevog oka blijede boje.

V ⟨ d = 6/6 s. c. Krv. + +.
l = 6/12 L.: S. = 4/3, SB. 0,16‰, P. N. A. —, Benzol 00000122110000.

Atrophia gen. n. opt. o. sin.

25. S. P., 57 god., iz Zaselja. 2 djece živo, 5 umrlo. Liječio se nije. Zjenice reagiraju tromo. Papila obiju vidnih živaca ružičasto blijede boje.

V ⟨ d = 6/12 s + 1.0 Dsf. = 6/8?
l = 6/8 s + 0.75 Dsf. = 6/6?

Krv: —. L.: S. = 4/3, SB. = 0.52‰, P. +, NA. + +. Zl. r. 6665544211. Atrophia gen. n. opt. incip. o. u.

26. J. Đ., 39 god., iz Ričice. 2 djece živo, 4 umrlo. Dobio 3 inejkcije NS. Zjenice reagiraju tromo. A. d < l. Papila desnog vidnog živca ružičasto-blijede boje.

V < d = 6/10
l = 6/6.

Krv: +. Atrophia gen. n. opt. dex. incipiens.

27. O. T., 40 god. star iz Malina. Insuficijencija aorte. Mesaortitis lu. Aneurisma aortae ascendens. Lijeva srčana klijetka proširena. Psihično-duševna zaostalost imbecilnog stepena sa hebefreničnim psihotičnim promjenama. Zjenice reagiraju tromo. A. d< l. Papila desnog vidnog živca blijedja od lijeve.

Krv: —. L.: S = 7/3, S. B. nije povećan N. A. P. —, Bensol: 000222100000.

28. H. M., 50 god., iz Zagrađa. Liječen redovito. Nesvjestice. Boli u udovima. Zjenice su nepravilne i reagiraju tromo. Papila obiju vidnih živaca blijede boje. Krv: —. Atrophia gen. n. opt. o. u. L.: S = 13/3, SB. 0.45 $^0/_{00}$, N. A. P. ±, Zl. r. 6653332210

29. Đ. M., 42 god., iz Mudrika. 4 djece živo, 4 umrlo. Nije liječen. Rentgen: Aorta 3 prsta široka, elongirana i tamnije saturirana. Zjenice reagiraju tromo.

V < d = 6/10?? Krv: —
l = 6/15?? Atrophia gen. n. opt.

30. H. I., 29 god., iz Karaule. 4 djece živo, 1 umrlo. Nije liječen. Glavobolje osobito noću. Zjenice reagiraju tromo. A. d < l. Papila desnog vidnog živca blijede boje.

V < d = 6/10???
l = 6/6. Atrophia gen. n. opt. dex. incip. Krv: —.

31. M. S., 30 god.. iz Karaule. Glavobolje naročito noću. Trauma medulae spinalis. Paraparesis spastica spinalis. Babinski obostrano pozitivan. Rossolimo desno. Zjenice reagiraju vrlo tromo. A. d < l.

V < d = 4/60 s + 2.0 Dsf. = 6/18. Krv: —. L.: —.
l = 6/6. Atrophia gen. n. opt. dex.

32. L. V., 48 god., iz Mudrika. Djece nema. Liječen nije bio. Zjenice reagiraju tromo. A. d < l. Lijeva papila ružičasto blijede boje.

V < d = 6/10 s — 1.25 Dsf. = 6/6 Krv.: +.
l = 6/18 s — 1.25 Dsf. = 6/15. L.: — Zl. r. 0000012220000 Atrophia gen. n. opt. sin.

33. S. M., 70 god., iz Vitovlja. 5 djece živo, 6 umrlo. Nije liječen. Zjenice reagiraju tromo i neizdatno. A d < l. Papila vidnog živca obostrano blijede boje.

V < d = 6/60 Krv: +
l = 1/60 Atrophia gen. n. opt. lat. utr.

34. T. K., 55 god., iz Šišave, 2 djece živo, 3 umrlo. Prije rata liječio se sivom masti. Rhinitis atrophicans seronegativa. Patelarni refleksi lijevo fale, a desno se dadu slabo izazvati. Slabo vidi. Zjenice reagiraju tromo na svjetlo.

V < d = 6/10 s + 0.75 Dsf. = 6/6. Krv: —.
l = 2/60 s. c. L.:

Atrophia gen. pap. n opt. sin.

35. A. M., 42 god., iz Mudrika. 6 djece živo. Za vrijeme rata liječio se od malarije. Zjenice reagiraju tromo. Anisokoria d < l. Papila desnog vidnog živca nejasno ograničena, blijede boje.

V < d = Broji prste na 0.5 m. Krv: —, L.: —.
l = 6/6. Atrophia n. opt. dex. secundaria.

36. M. M., 32 god., iz Vitovlja. 2 djece živo, 3 umrlo. Liječen u vojsci kininom. Česte nesvjestice. Patelarni refleksi i oni Ahilovih tetiva vrlo slabi. Zjenice gotovo posve ukočene, te reagiraju vrlo tromo. Papila lijevog vidnog živca ružičasto-blijede boje, oštro ograničena.

V < d = 6/6 Krv: —,
6/60 s. c. Atrophia gen. n. opt. sin.

37. Š. H., 58 god., iz Karaule. 8 djece žive, 2 umrlo. Glavobolje naročito noću. Bolovi u ekstremitetima. R. R. 120. Zjenice reagiraju tromo. A. d < l. Papila lijevog vidnog živca temporalno ružičasto blijeda. Atrophia genuina incipiens o. sin.

V < d = 6/6 Krv: —.
l = 6/10

38. Dječak od 13 godina iz Lužnice (Turbe). Zjenica desnog oka maksimalno proširena, ne reagira ni na svijetlo ni na akomodaciju. Lijeva zjenica reagira neizdatnije. Papila desnog vidnog živca, blijedo-bijele boje, oštro ograničena. Krv nije pretražena. L.: nije vađen. Atrophia n. opt. dex. gen.

Osim navedenih slučajeva s atrofijom vidnog živca, koji su bili nađeni za vrijeme ankete u Bosni, navodim ovdje još 7 slučajeva s tabičnom atrofijom (sl. 39—45), koji su bili liječeni na očnoj klinici u Zagrebu.

39. R. M., 35 god., udata, poljodjelka iz Oštre Luke (Banja Luka). Primljena na kliniku 25. I. 1927. Br. prot. 33/1937. 2 braće živo, a 5 sestara umrlo u djetinjoj dobi. Bolesnica primjećuje već 3 godine, da slabije vidi na lijevo oko, a godinu dana i na desno oko. Liječila se nije. Zjenice ne reagiraju na svijetlo. A. d < l. Papila vidnog živca obiju očiju blijedo-bijele boje, oštro ograničena.

V < d = Broji prste na 1.5 m.
l = Osjet svijetla na 6 m, projekcija u redu.

Krv: ++. Atrophia genuina nervi optici o. utr.

40. C. T., 45 god., iz sela kod Prijedora. Primljena na kliniku 18. IV. 1935. Br. prot. 104/35. Već godinu dana vidi slabo na lijevo oko, a od prosinca ove godine opada joj vid i na d. oku. Amenoreja 5 mjeseci. Do sada se nije liječila. Zjenice uske, neokrugle. A. d < l. Papila vidnog živca obih očiju oštro ograničena, blijede boje.

V < d = 6/24. Krv: ++.
l = Mahanje ruke na 0.5 m. Atrophia genuina n. opt. o. utr.

41. S. K., 28 god., iz bugojanskog kotara. Primljen na kliniku 2. III. 1925. Br. prot. 56/1925. Otac mu je imao često glavobolju. Majka umrla luda u 56. godini života. 1917. boljela ga žestoko glava, te mu istodobno otrnula desna strana lica. Od tog vremena škilji bolesnik desnim okom u stranu. U posljednje vrijeme trne mu češće desna polovica jezika. Od 1917. godine vidi slabije, a od 1918. ne vidi desnim okom. Lues i druge spolne bolesti niječe. Nystagmus horizontalis. Strabismus divergens conc. o. dex. Zjenice reagiraju tromo i neizdatno, a naročito desna. Papila vidnog živca obiju očiju blijede boje, oštro ograničena.

V < d = Osjet svijetla na 30 cm, projekcija neuredna.
l = 0.3/60 s. c. Krv: ++

Atrophia genuina n. opt. o. utr.

42. N. T., 36 god., iz Donje Tuzle. Primljen na kliniku 27. VI. 1925. Br. prot. 212/1925. Bolesnika često boli glava, a naročito noću. Godinu dana slabije vidi. Liječio se nije. 1 dijete umrlo, a ostala djeca su mu zdrava. Spolne bolesti niječe. Refleks lijeve Ahilove pete slab,

a desni se neda izazvati. Neurološka dijagnoza: Tabes dorsalis. Zjenice reagiraju tromo i neizdatno. Papila vidnog živca obiju očiju blijede boje, oštro ograničena. Mrežnične krvne žile su uske.

V < d = 1/60 s. c.; l = 1/60 s. c. Krv: ++ .L.: ++.

Atrophia gen. n. opt. o. u.

43. E. Ž., 35 god., poljodjelac iz Bistrice (Tuzla). Primljen na kliniku 15. XII. 1925. Br. prot. 388/1925. Žena i 4 djece zdravi. Dvoje djece umrlo u prvoj godini života. Već 2 godine boli ga glava i to osobito noću. Pred 14 dana primijetio je, da mu je vid naglo oslabio. Veneričke bolesti niječe. Laka ataksija nogu d < l. Romberg +. Ahilovi i patelarni refleksi obostrano manjkaju. Hipotonija mišićja donjih ekstremiteta. Lijevi srednji segmenti su hipastetični. Tabes dorsalis. Spojnični refleksi manjkaju. Zjenice uske, reagiraju tromo i neizdatno. Zjenica lijevog oka je neokrugla. A. d < l. Papila vidnog živca obih očiju je blijede boje i oštro ograničena.

V < d = Osjećaj svijetla na 2 m, projekcija neuredna.; l = Osjećaj svijetla na 30 m.

Krv: ++. L.: ++. Atrophia gen. n. opt. o. u.

44. A. C., 46 god., iz banjalučkog kotara. Primljen na kliniku 13. V. 1928. Br. prot. 210/1928. 4 djece živo, a 3 mu je umrlo nekoliko mjeseci iza poroda. Do 1925. bio je uvijek zdrav, a tada je primijetio, da mu je počeo slabiti vid. Godinu dana osjeća trganje u donjim ekstremitetima. Spastička parapareza donjih ekstremiteta. Zjenice neokrugla oblika, ne reagiraju na svijetlo, a desna osim toga ni na akomodaciju. A. d < l. Papila obih vidlnih živaca oštro ograničena i blijede boje. Krvne žile su uske.

V < d = 3/60 s. c.; l = 0.75/60 s. c. Krv: ++. Atrophia gen. n. opt. o. u.

45. E. S., 30 god., oženjen, iz banjalučkog kotara. Primljen na kliniku 7. IX. 1933. Br. prot. 311/1933. 3 djece živo i zdravo. Bolesnik je do pred 2 mjeseca bio uvijek zdrav, a tada je primijetio, da slabije vidi. Veneričke infekcije negira. Zjenice ne reagiraju na svijetlo, dok na akomodaciju reagiraju. A. d < l. Papila vidnog živca obiju očiju bijele boje i oštro ograničena. Neurološka dijagnoza: Tabes dorsalis.

V < d = Broji prste na 30 cm. s. c. Krv: ++.; l = 6/18 s. c.

Atrophia genuina n. opt. o. u.

Pregledamo li sve slučajeve s atrofijom genuinom, tada vidimo, da za većinu slučajeva ne postoji dijagnostička sumnja. No ipak se mora pomisliti kod nekih lakih slučajeva, kod kojih je likvor negativan (br. 24, 32, 35), kao i kod onih, kod kojih je krv negativna, a likvor nije vađen (br. 34 i 37) da se radi o pseudotabičkoj atrofiji. Nevjerojatno je, da se kod ovih slučajeva radi o alkoholičnoj ili bilo kakovoj drugoj polineuritidi, jer protiv polineuritida druge etiologije govore zjenična poremećenja i činjenica, da se anamnestički nije moglo ništa saznati, što bi govorilo o bilo kakovom toksičkom uzroku.

Vjerojatnija bi bila pretpostavka, da se je u kojem od slučajeva radilo o lokalnom luetičnom, meningo-mijelitičnom procesu, koji je zaliječen.

Klinički nalaz i tok bolesti ne pokazuje nikakove razlike između zapadno-

europske tabičke atrofije vidnog živca i one, koja je postojala kod slučajeva iz Bosne, o čem smo se mogli osvjedočiti kod slučajeva end. luesa (Br. 39—45), koji su liječeni na očnoj klinici u Zagrebu. Od 38 slučajeva s atrofijom vidnog živca devetnaestorica nijesu bili do pretrage uopće liječeni, 9 se je liječilo. Prema tome vidimo, da su atrofiju dobili i liječeni i neliječeni slučajevi.

Slučajevi sa zjeničnim poremećenjima (bez atrofije vidnog živca) i pozitivnim nalazom u likvoru.

46. O. F., 42 god., iz Duba. 3 djece živo, 5 umrlo. Liječen nije. Patelarni refleksi vrlo živahni. Ptosis palp. sup. dex. cong. Zjenice reagiraju tromo. A. d < l. Krv —.
L.: S 12/3. SB. 0.40% (0.28%). P. , N. A. +. Zl. r. 5654210.

47. Š. K., 40 god., iz Zagrađa. 5 djece živi, 1 umrlo. Dobio 27 NS. Bolovi u udovima. Zjenice reagiraju tromo.
V ⟨ d = 6/6. Krv: ++.
l = 6/6. L.: 12/3, S. B. 0.55% (0.32%), P. +, N. A. ++. Zl. r. 66665554210.

48. S. F., 43 god., iz Duba. Liječio se redovito. Brazgotine u jednjaku. Zjenice reagiraju tromo. A. d < l. Krv: +.
L.: S 2/3, SB. 0.32%, N. A. P. +. Zl. r. 4533322110.

49. A. H., 37 god., iz Duba. Liječen redovito. Pred 10 godina imao osip po koži. Glavobolje noću. Zjenice reagiraju tromo i neizdatno.
Krv: +. L.: S 5/3, S. B. 0.40‰, P. N. A. , Zl. r. 6654210.

50. S. F., 34 god. iz Duba. Zjenice reagiraju tromo.
Krv: . L.: 2/2, Brandb. 0,50 ‰ (0,18‰) P. N. A. . Zl. r. 56654333210.

51. I. Č., 65 god., iz Bistre. Patelarni refleksi diferentni. Zjenice reagiraju tromo. A. d < l. Krv: —.
L.: S. 246/3. S. B. 0.55‰. P. +. N. A. ++. Zl. r. 6666544210.

52. I. D., 31 god., iz Lisca. Nije liječen. Glavobolje. Nesvjestice. Hiperrefleksija. Zjenice reagiraju tromo. Krv: —.
L.: S. 104/3, SB. 0.44‰, P. N. A. +, Zl. r. 66655443210.

53. Š. A., 54 god., iz Vitovlja. Slabo vidi. Patelarni refleksi desno nešto jači, lijevo vrlo slabi. Zjenice reagiraju tromo.
Krv: —. L.: Nešto povećan broj stanica. P. ±. Benzol 000001221000000.

54. Č. Š., 55 god., iz Tihomišlja. 3 djece živi, 1 umrlo. Liječen nije. Noćne glavobolje. Arefleksija patelarna i Ahilovih tetiva. Zjenice neokrugle, reagiraju tromo i neizdatno. A. d < l. Krv: —.
L.: S. 200/3, S. B. 0.31‰, P. N. A. +. Zl. r. 13544332210.

5. B. S., 36 god., iz Zubića. Liječen nije. Perforatio septi nasi lu. Pateralni refleksi i oni Ahilovih tetiva jako diferentni. Zjenice reagiraju tromo.
Krv: —. L.: S 2/3. S. B. 0.41%. P. N. A. +, Zl. r. 56643310.

Osim navedenih slučajeva držim, da je vrijedno navesti slučaj br. 56., kod kojega je krv ++ i nalaz u likvoru +, a očni nalaz je uredan.

56. Z. Đ., iz Zagrađa. 4 djece živi, 6 umrlo. Dobila 10 injekcija. Sedlasti nos. Perforatio septi nasi lu. Rhinitis atrofic. lu. Laryngitis lu. Očni nalaz uredan. Krv: ++.
L.: S 240/3. SB. 0.49‰, P. N. A. +. Zl. r. 5664444210.

Ovi slučajevi (br. 46—56) nam pokazuju, da i kod endemijskih slučajeva s tabesom i pozitivnim nalazom u likvoru imade slučajeva bez atrofije vidnog živca. Prema navedenim slučajevima (br. 18—56) vidimo, da kod endemijskih slučajeva s tabesom, kao i niže navedenih sumnjivih slučajeva na tabes (br. 57—69), kod kojih nije likvor pretražen (osim slučaja pod br. 59), postoje s obzirom na oči (zjenice i vidni živac) sve moguće varijacije, kao i kod zapadno europskog sifilisa. Od ovih 11 slučajeva, bili su 4 liječeni, a 7 slučajeva nije se liječilo.

Slučajevi sa zjeničnim poremećenjima i luetičnim živčanim pojavama, kod kojih nije likvor pretražen.

57. Đ. T., 27 god., iz Ždrinaca. Sve 3 djece joj umrlo. Liječila se nije. Patelarna hiperrefleksija. Zjenice reagiraju tromo. A. d < l. Krv ++.

58. T. P., 50 god., iz Voljevca (Baljkovci). Dobio 26 injekcija N. S. Bolovi u glavi i udovima. Refleksi Ahilovih tetiva i patelarni vrlo slabi. Zjenice neokrugle, reagiraju vrlo tromo. A. d < l. Nazalno uz papilu i preko jednog dijela same papile nalazi se nježna naslaga organiziranog eksudata u promjeru od 1 pp. u obim očima.

$$V \left\langle \begin{matrix} d = 6/ \\ l = 6/5. \end{matrix} \right. \qquad \text{Krv: nije pretražena.}$$

59. Z. J., 30 god., iz Jezeraca. 3 djece živi, a 2 je umrlo. Dobila je 10 injekcija. Nos je sedlasto uduben. Pred 5 godina imala promuklost. Gumma exulcerans palati mollis et duri. Perforatio septi nasi lu. Hiperrefleksija. Strabismus convergens alternans concom. Zjenice reagiraju tromo. Krv ++.

L.: S. 2/3, Bjelančevina nije povećana. P. N. A. —. Benzol 000002222000000.

60. A. B., 38 god., iz Sažića. 2 djece živo, a 3 umrlo. Liječen nije. Patelarna hiperrefleksija. Zjenice reagiraju tromo, te su vertikalno ovalnog oblika.

$$V \left\langle \begin{matrix} d = 6/6 \\ l = 6/24 \text{ s } + 1.5 \text{ Dsf.} = 6/6. \end{matrix} \right. \qquad \text{Krv: ++.}$$

61. H. M., 24 god., iz Mudrika. 2 djece živo, 1 umrlo. Dobio 10 injekcija N. S. Bolovi u udovima. Rane po tijelu. Zjenice reagiraju tromo.

$$V \left\langle \begin{matrix} d = 6/5 \\ l = 6/5 \end{matrix} \right. \qquad \text{Krv: ++.}$$

62. M. L., 21 god., iz Dedića. Liječen nije. Boli ga glava, te imade često nesvjestice. Zjenice reagiraju tromo.

$$V \left\langle \begin{matrix} d = 6/5 \\ l = 6/5 \end{matrix} \right. \qquad \text{Krv: ++.}$$

63. Z. Š., 50 god. Glavobolja i bolovi u udovima. Dobila 3 injekcije. Zjenice reagiraju tromo i neizdatno. A. d < l. Krv: ++.

65. A. S., 39 god., iz Gračanice. Noćne glavobolje. Zjenice reagiraju tromo. A. d < l. Krv +.

66. J. V., 43 god., iz Šišave, 2 djece živo. Liječen nije. Bole ga udovi. Više put hvata ga nesvjestica Zjenice reagiraju vrlo tromo. Krv: ++.

67. F. Č., 38 god., iz Suhog Dola. 1 dijete živo. Liječila se nije. Glavobolja. Bolovi u ekstremitetima. Nesanica. Zjenice reagiraju tromo. A. d < l. Krv: ++.

68. M. M., 40 god., iz Karaule. 5 djece živo, 4 umrlo. Liječi se 3 god., ali neredovito, te je dobio preko 50 inj. N. S. Glavobolje naročito noću. Bolovi u udovima. Refleksi vrlo živahni. Zjenice reagiraju tromo. A. d < l. Krv: +. L.: — F. b. o.

69. A. Ž., 54 god., iz Čanića. Affectio cochl. lu. lat. utr. Aorta 3 prsta široka. Zjenice neokrugle. Krv: +.

Kod ovih slučajeva nije na žalost (osim br. 59.) pretražen likvor, što bi bilo svakako od velikog interesa.

Izolirana poremećenja zjenica.

Kod niže navedenih bolesnika postojala su samo izolirana poremećenja zjenica (anomalije oblika, veličine i reakcije na svijetlo i akomodaciju) bez drugih živčanih pojava. Isto tako nijesu kod njih anamnestički ustanovljeni putokazi, koji bi govorili za to, da se je kod njih već prije radilo o alteraciji centralnog živčanog sistema. Navedeni su samo oni slučajevi, kod kojih su bile promjene oblika i reakcija zjenica jako izražene, a slučajevi s neznatnim poremećenjima, kakova se mogu često naći kod zdravih osoba, nijesu uzeti u obzir. Pretraga je vršena kod svih bolesnika na isti način u zasjenjenom prostoru. Reakcija zjenica bila je ispitivana pomoću džepne električne svjetiljke. Nalaz je upisan istom onda, ako je iza višekratnog osvjetljenja postignut uvijek isti rezultat. Višekratno ispitivanje bilo je potrebno zbog toga, što se je češće desilo, da se je reakcija na svijetlo pojavila istom nakon nekoliko osvjetljenja i da je istom tada došlo do normalne izdašnosti. Svakako su psihički momenti bili uzrokom, što zjenice nijesu odmah u početku reagirale. Od tih momenata dolazi u obzir kao prvi momenat strah od onoga, što će se dogoditi, zatim strah od nepoznatog liječnika, te konačno nepoznata situacija. Nadalje nijesu uzeti u obzir oni slučajevi, kod kojih su postojale stražnje sinehije. Na temelju jednokratne pretrage ne može se riješiti pitanje: 1. da li se kod navedenih izoliranih zjeničnih poremećenja radi o definitivnom brazgotinastom simptomu sifilitičnog mozgovnog procesa, koji je već prestao, bilo sekundarnog ili tercijarnog stadija, ili 2. da li su ova poremećenja samo izraz privremenog mirovanja živčanog luesa, koji se kasnije može razbuktiti i dovesti do daljnjih manifestacija, bilo u smislu mozgovnog luesa, tabesa ili paralize; ili 3. da li ova zjenična poremećenja imaju ili nemaju bilo ikakovu prognostičku vrijednost. Svakako je značajno i spomena vrijedno, da se ova zjenična poremećenja pojavljuju na isti način kod endemijskih luetičara, kao što su nam poznata kod drugih europskih sifilitičara i to bilo liječenih ili neliječenih, kao i kod latentnih s malobrojnim promjenama na koži, te kod tercijarnih floridnih i smirenih vrsta s mnogobrojnim promjenama na koži. Svakako je napadna vrlo česta pojava ovih poremećenja.

70. M. A., 23 god., iz Draićevog Dola. Dobila 9 injekcija. Zjenice neokrugle. Krv ++.

71. H. Š., 26 god., iz Gornjeg Vakufa. Trachoma cicatr. o. dex. Zjenice reagiraju tromo. Krv: ++.

72. H. Š., 24 god., iz Suhog Dola. 1 dijete živo. Liječila se nije. Zjenice reagiraju tromo. A. d > l. Krv: ++.

73. N. D., 24 god., iz Suhog Dola. 1 dijete živo, a 1 umrlo. Liječena nije. Zjenice reagiraju tromo. Krv: ++.

74. R. K., 45 god., iz Zagrađa. 4 djece živo, a 2 umrlo. Dobio 20 injekcija NS. Aorta 3 prsta široka. Zjenice reagiraju tromo. Desna neokrugla. A. d < l. Krv: —.

75. H. B., 30 god., iz Vrse. 3 djece živi, a 2 umrlo. Bolovi noću u glavi i udovima. Promuklost. Osip kože. Na lijevoj ruci oko lakta i na gornje 2/3 podlaktice postoje cicatrices postgummosae et gummata exulcerata. Zjenice reagiraju tromo. A. d > l. Krv: ++.

76. S. Č., 50 god., iz Kozica. 2 djece živo, a 4 umrlo. Pred 3 god. imao papulae madidantes ad genitale. Liječen nije. Desna zjenica neokrugla, reagira tromije. Krv: ++.

77. S. Z., 75 god., Ostitis et periostitis cruris utr. Zjenice reagiraju tromo. Krv: ++.

78. S. R., 24 god., iz Odžaka. Lanjske godine imao WaR + u krvi. Laryngitis lu. Zjenice reagiraju tromo. Krv: —.

79. M. H., 31 god., iz Ban Dola. 1 dijete živo. Liječen nije. Gumma palati mollis. A. d > l. Krv: ++.

80. F. S., 30 god., iz Suhog Dola. 3 djece živo, a 4 umrlo. Nije liječena. Cicatrices pharyngis lu. Zjenice reagiraju tromo. Krv: ++.

81. I. H., 80 god., iz Bukovice. 3 djece živo, 4 umrlo. Liječio se nije. Gumma cutaneum (20×10 cm) thoracis ant. Maculae corn. o. u. Zjenice reagiraju tromo. A. d < l. Krv: ++.

82. M. H., 31 god. Gumma palati mollis. A. d > l. Krv: ++.

83. Đ. Š., 21 god., iz Jezeraca. Djece nema. Liječen nije. Nos sedlasto uduben. Perforatio septi nasi lu. Cicatrix pharyngis lu. A. d < l. Krv: ++.

84. B. A., 60 god., iz Nevezvirića. 7 djece živo, 1 umrlo. Liječena nije. Nos sedlasto uduben. Gumma palati mollis. Rhinitis gummosa. Zjenice reagiraju tromo i neizdatno. Krv: ++.

85. O. D., 70 god., iz Lisca. Lues serpinginosa regionis cruris et reg. genu sin. Reakcija zjenica neizdatna. Krv: ++.

86. S. M., 15 god., iz Reputa. Zimus dobio 11 Bi. Laryngitis et pharyngitis lu. Zjenice reagiraju tromo. Krv: ++.

87. I. B., 45 god., iz Ćosića. 7 djece živo, 1 umrlo. Liječena nije. A. d > l.

$$V \left\langle \begin{matrix} d = 6/6 \\ l = 6/6 \end{matrix} \right. \quad \text{Krv: ++.}$$

88. Dječak, 10 god., iz Sažića. Zjenice reagiraju tromo i neizdatno. A. d < l. Krv: ++.

89. Djevojčica, 14 god., iz Grahovčića. Pharyngitis et laryngitis lu. Zjenice reagiraju tromo. Krv: ++.

90. S. D., 25 god., iz Suhog Dola. 5 djece živo, a 2 umrlo. Liječena nije. Zjenice neokrugle, reagiraju tromo i neizdatno. A. d < l. Krv: ++.

91. Z. A., 25 god., iz Suhog Dola. 2 djece živo, 2 umrlo. Dobila 20 NS. Zjenice vertikalno ovalnog oblika, reagiraju tromo. Krv: ++.

92. M. Š., 40 god., iz Gučje Gore. 5 djece živo, 2 umrlo. Dobila 10 NS. Zjenice reagiraju tromo i neizdatno. A > l. Krv: +.

93. H. K., 70 god., iz Podova. Djece nema. Liječen nije. Zjenice reagiraju tromo. A. d < l. Cataracta incip. o. sin. WaR: ++.

94. M. K., 18 god., iz Suhog Dola. 3 djece živo, 1 umrlo. Dobio 2 injekcije Bi. Zjenice neokrugle, tromo reagiraju. A. d > l. Krv: ++.

95. H. S., 45 god., iz Suhog Dola. Nije liječen. Zjenice reagiraju tromo. A. d > l. Krv: ++.

96. S. R., 28 god., iz Skomorja. Djece nema. Liječen nije. Lijeva zjenica reagira tromo i neizdatno. Krv: ++.

97. M. K., 22 god., iz Fazlića. Djece nema. Preklani dobio 12 NS. A. d < l. Krv: —.

98. S. G., 45 god., iz Bujnovice. Djece nema. Liječen nije. Zjenice neokrugle, reagiraju tromo. A. d < l. Krv: +.

99. R. P., 80 god., iz Višnjeva. 4 djece živo, 2 umrlo. Liječen nije. Desna zjenica neokrugla. A. d > l. Krv: +.

100. N. B.„ 39 god., iz Brajkovića. 8 djece živo, 4 umrlo. Liječen nije. Zjenice reagiraju tromo, desna zjenica neokrugla. Krv: +.

101. O. R., 47 god., iz Skomorja. 6 djece živo, 2 umrlo. Dobio 12 NS. Zjenice vertikalno-ovalnog oblika, reagiraju tromo. A. d < l. Krv: ++.

102. P. B., 38 god., iz Orašca. 3 djece živo, 4 umrlo. 10 injekcija. Promuklost prije 4 god. Zjenice neokrugle, reagiraju tromo i neizdatno. A. d > l. Krv: +.

103. P. K., 60 god., iz Podova. 3 djece živo, 6 umrlo. Dobio 12 Bi. Zjenice reagiraju tromo. A. d > l. Krv: ++.

104. A. K., 38 god., iz Čukala. 6 djece živo, 1 umrlo. Za vrijeme rata dobio 19 NS. u Lavovu. Pred 3 god. primio 3 injekcija. Zjenice reagiraju tromo. A. d < l. Krv: +.

105. I. J., 40 god., iz Korićana. 2 djece živo, 3 umrlo. Liječen nije. Zjenice reagiraju tromo. A. d > l. Krv: +.

106. H. B., 40 god., iz Sažića. 7 djece živo, 3 umrlo. Dobila 4 Bi. Zjenice reagiraju tromo. A. d < l. Krv: . L:

107. A. A., 35 god., iz Sažića. Djece nema. Nesvjestice. Bole ga udovi. Zjenice reagiraju vrlo tromo. Krv: ++.

108. Djevojčica od 12 god. iz Fazlića. Ptosis gr. l. lat. utr. Zjenice reagiraju vrlo tromo. Krv: ++.

109. Djevojčica od 12 god. iz Duba. Dobila 15 injekcija. Zjenice reagiraju tromo. Krv: ++.

110. Dječak od 14 god. iz Poljanica. Zjenice reagiraju tromo. A. d < l. Krv: +.

111. Djevojčica od 12 god. iz Duba. Dobila 15 injekcija. Zjenice reagiraju tromo i neizdatno. Krv: ++.

112. Djevojčica od 12 god. iz Poljanica. Dobila 12 inj. Trychophytia. Zjenice reagiraju. tromo. Krv: ++.

113. I. M., 39 god., iz Han Ploče. Bolovi u udovima. Zjenice reagiraju tromo i neizdatno. A. d < l. Krv: ++.

114. M. J., 30 god. Dobio 1 kuru NS + Bi. Zjenice reagiraju tromo. Krv: ++.

115. Š. Š., 33 god., iz Suhog Dola. 3 djece živi, a 1 umrlo. Liječen nije bio. Aorta 3 prsta široka. A.d> l. Krv: ++.

Prema navedenim slučajevima i svemu što smo naprijed spomenuli, možemo posve sigurno zaključiti: 1. da u endemiji u Bosni ima de velik broj slučajeva s pozitivnim nalazom u krvi bez ikakvih patoloških pojava i promjena na očima. 2. da bosanski endemijski sifilis izaziva na očima sve najraznovrsnije promjene, isto tako kao i zapadno-europski lues. Međutim u kojem se omjeru nalaze pojedine sifilitične očne promjene kod slučajeva s endemijskim sifilisom, prema istovjetnim promjenama kod slučajeva sa zapadno-europskim luesom, ne možemo za sada navesti sigurnih podataka s razloga, što nam nije poznat ukupni broj osoba, koje boluju od endemijskog luesa u Bosni, kao ni približan broj pacijenata s očnim oboljenjima.

OBOLJENJA ŽIVČANOG SISTEMA UZROKOVANA ENDEMIJSKIM SIFILISOM U BOSNI.

R. Z. Lopašić

Jedna od najvažnijih zadaća, koju su trebale da izvrše dvije naše liječničke ankete u Bosni, bila je, da se provjere tvrdnje predašnjih ispitivača (L. i A. Glücka i drugih), da u Bosni nema oboljenja živčanog sistema, nastalih na bazi endemijskog luesa, ili bar da ih ima neobično malo. Naročito pak da provjere onu tvrdnju, da nema ili da su osobito rijetka t. zv. metaluetična oboljenja, t. j. oboljeneja parenhimatoznog živčanog tkiva: tabes dorsalis i paralysis progressiva.

Te tvrdnje starijih ispitivača ušle su u literaturu i provlačile su se tu bez veće kritičke kontrole, kao gotova činjenica, nalazeći potporu u tvrdnjama drugih autora, koji su analogno tvrdili za druge krajeve svijeta, gdje je vladao endemijski lues.

Interesantno je, da je već Joffroy jedan od prvih u svom predavanju u pariškom neurološkom društvu god. 1905. iznio podatke Koetschettove, prema kojima je ovaj kod 634 duševno oboljelih Bosanaca našao samo 4 slučaja progresivne paralize, dakle svega 0.65%, a kod 202 stranca 19 slučajeva progresivne paralize, dakle 10%; to je procenat koji je odgovarao pariškom. U tom svom referatu Joffroy je opisivao analogno stanje u Africi i u cijelom Orijentu. Već slijedeće godine (1906.) publicirao je Naecke utiske iz Bosne, koju je proputovao i dobio podatke od L. Glücka, koji su identični onima koje je citirao Joffroy. L. Glück je tada rekao Naecke-u, kako imade vrlo mnogo luesa u Bosni, a vrlo malo progresivne paralize. Čestoću oboljenja parenhimatoznog nervnog tkiva u zap. Europi dovodio je u vezu s povećanim naporima civiliziranog života, koji slabe organizam, a napose centralni živčani sistem i tako potpomažu razvijanje progresivne paralize i tabesa. Fleger u jednoj svojoj radnji (1926.) navodi, da je Arning statistikom sarajevske bolnice pokušao da obori tvrdnju L. Glücka, no misli, da je Arningova tvrdnja bila neispravna, jer da je slika kliničkoga luesa u ono vrijeme bila premalo poznata, a serološke reakcije uopće nepoznate, te je za to zamjenjivanje sporadičnog i endemijskog sifilisa u spomenutoj statistici bilo ne samo moguće, već uistinu stvarno i provedeno.

Glück-ove i Koetschett-ove podatke citira i Pilz u svojoj »Rassenpsychiatrie« god. 1906. i uzima ih kao gotovu činjenicu. Isto tako i Hirschl kao i Revesz u svojoj većoj radnji o hereditarnim rasno-psihijatričnim pitanjima, te Matauschek i Pilz u nekoliko svojih studija o problemu lues-paraliza. Od ovih navedenih autora prenose to mišljenje u svoje udžbenike Kraepelin, Bleuler i drugi, ne ulazeći u neko kritičko promatranje.

Poslije svjetskoga rata 1921. god. mlađi A. Glück još jednom iznosi slične podatke kao i ranije njegov otac L. Glück, samo ovaj put, razumije se, obrazlagane novijim sistematskim ispitivanjima. Njegove tvrdnje ulaze u cijelu poslijeratnu literaturu, iako se već za razne druge krajeve s endemijskim i t. zv. egzotičnim luesom javljaju glasovi protivnoga mišljenja. Tako se i Stanojević 1930. god. na osnovu svoga ratnoga iskustva kao i na osnovu studija bolesnika primljenih u bolnicu Stenjevac-Vrapče kod Zagreba iz bosanskih i hercegovačkih krajeva, obara energično na trdvnju Glücka i konstatira, da u Bosni i Hercegovini imade progresivne paralize i tabesa kao i drugdje. Stanojević doduše nije govorio samo o paralizama i tabesima nastalim na osnovu endemijskog luesa, ali obuhvata i ove.

Koliko su podatci u literaturi moraju uzeti s rezervom najbolje svjedoče oni, koje iznosi Hauptmann o progresivnoj paralizi u Hrvatskoj, i to još na osnovu materijala koji je Stanojević uzeo za svoju raniju tvrdnju. Hauptmann naime navodi, da učestalost progresivne paralize u Hrvatskoj (materijal duševne bolnice Stenjevac-Vrapče) iznosi 16½%, a da su od toga samo 2,4% bolesnici iz Bosne i Hercegovine, te na osnovu toga zaključuje, kako su paraliza i tabes rijetki u Bosni i Hercegovini. Ovakav važan zaključak ne bi Hauptmann vjerojatno učinio, kad bi znao, da se bolesnici iz Bosne samo malim dijelom primaju u bolnicu Vrapče-Stenjevac i da se većinom primaju u sarajevsku bolnicu, osim akutniji slučajevi iz današnje Vrbaske banovine i jednog dijela Primorske banovine. Stanojević je doduše mogao već i na osnovu toga manjeg materijala zaključiti, da progresivna paraliza nije u Bosni tako rijetka, kako se to općenito tvrdilo, a Hauptmann je dao svoj zaključak vjerojatno zato, jer nije poznavao dovoljno prilike kao ni mnogi drugi autori.

Prema citiranju Hauptmanna (1933. god.) Blatt je potvrdio rijetkost progresivne paralize i tabesa u Bosni na osnovu očnog materijala, prema kojemu su luetične očne promjene u formi horioditida doduše česte, ali da su obične atrofije i tabične atrofije očnog živca neobično rijetke.

Interesantni su poredbeni podatci Vujića iz beogradske duševne bolnice, u kojoj su prije rata primani gotovo isključivo samo bolesnici iz pređašnje Kraljevine Srbije, a i iz krajeva koji su slično onima u Bosni zaraženi ende-

mijskim luesom. Procenat progresivne paralize varira od god. 1909. do 1922. 18—21%, a poslije rata, kada se proces primanja i teritorij sa kojeg se bolesnici primaju povećao, do 1928. godine ustalio se na oko 19%. Nema sumnje, da i među tim slučajevima imade progresivne paralize iz krajeva sa endemijskim luesom. To vrijedi osobito za doba predratno, jer su za vrijeme rata preko Srbije prolazile razne trupe, a za vrijeme okupacije bili primani u duševnu bolnicu beogradsku i vojnici pripadnici raznih dijelova bivše Austro-ugarske Monarhije i Njemačke.

Glückov đak J. Fleger najviše zastupa danas, svojim inače savjesnim ispitivanjima, tvrdnje svoga učitelja On je u jednoj svojoj interesantnoj radnji, na temelju 148 punktiranih slučajeva endemijskoga sifilisa sekundarne i tercijarne forme, došao do slijedećih zaključaka:

1. Prije svega zaostaju promjene u likvoru kvantitativno i kvalitativno za promjenama kod sporadičnog sifilisa, a limfocitoza, globulinske reakcije i zlatna krivulja ni približno nisu slične onima, koje karakteriziraju inače kasniji nervni sifilis. Serološke reakcije u likvoru (WAR. S. G. etc.) ostaju uvijek negativne i kod ranih i kasnijih forma sifilisa, provodi li ih u aktivnoj ili inaktivnoj tekućini.

2. Kako su najintenzivnije promjene u sekundarnom stadiju, a nalazi postepeno padaju trajanjem sifilitičnog oboljenja, zaraza centralnog nervnog sistema nije od naročitog intenziteta.

3. Koloidne krivulje u tercijarnoj dobi imaju se smatrati rezidualnim pojavama zaraze moždanih opni, a ne kao znaci promjena, koje prethode i koje bi se imale da razviju u smislu kasnog nervnog sifilisa.

4. Prema tome je isključen u tercijarnom stadiju razvoj bilo kakovog cerebrospinalnog oboljenja. Tabes i progresivna paraliza su nepoznati na osnovi endemijskog sifilisa, što odgovara i zapažanjima prethodnih autora. Javljaju se samo gume mozga i hrptenice, pa luetične meningitide i encefalitide.

5. Slabi afinitet endemijskog sifilisa prema centralnom nervnom sistemu uvjetovan je nikakovim ili slabim liječenjem.

6. Spontani razvoj sifilisa, izričito naravni odnošaj oboljelog organizma i promjena u samom virusu prema tim obrambenim faktorima, vjerojatno su razlogom dermotropizmu endemijske spirohete.

7. Za razliku od sporadičnog, endemijski sifilis izbjegava aortu i male krvne žile.

Do posve protivnih zaključaka došao je Vuletić, koji je vršio ispitivanja u velikom razmjeru na samom terenu — u selima — za razliku od Flegera, koji je radio isključivo u sarajevskoj bolnici. Vuletić je u svojoj radnji o endemijskom luesu vrlo iscrpno i svestrano proučio pored ostalog odnos

endemijskog luesa i centralnog nervnog sistema. On ne samo što je vršio svoja ispitivanja na terenu, nego je osim toga i svraćao pažnju tačnom kliničkom neurološkom pregledu, pa mu na taj način nisu mogli izmaći oku ni atipični i rudimentarni klinički slučajevi luetičnog oboljenja centralnog nervnog sistema, na koje Vuletić naročito upozorava. On je našao prije svega dosta često manifesne luetične simptome kod ranoga endemijskog luesa (glavobolje, osteokopija, hiperhidroza etc.) Zatim neurorecidive, osobito akustikusa, pa promjene centralnog nervnog sistema u tercijarnoj dobi, osobito meningitide (noćne teške glavobolje, nesvjestice, povraćanje, epileptične grčeve, afatične i agnostične smetnje), te endarteritide sa hemiplegijom i afazijom. Vrlo je često nalazio izolirane ukočenosti zjenica i druge zjenične smetnje, kao rudimentarne simptome luesa centralnog nervnog sistema. Klasične slike tabesa nalazio je doduše rijetko, a našao je i jednu taboparalizu, ali je zato češće nalazio rudimentarne slike tabesa sa izoliranim gastričnim krizama, pored poremećenih zjenica i nestalih refleksa donjih ekstremiteta.

Na osnovu svog iskustva u centralnoj Bosni, Vuletić je došao do zaključaka, da ne postoji nikakva bitna razlika između endemijskog i sporadičnog sifilisa, da ne postoji razlika u izboru napadnutih organa. Utvrdio je, da se kod endemijskog sifilisa pojavljuju primarni afekti, oboljenja krvnih žila i unutrašnjih organa te da se isto tako pojavljuju i oboljenja parenhimatoznog nervnog tkiva. Nadalje zaključuje, da ne postoje faktori, koji bi opravdavali zaseban položaj endemijskog sifilisa u sifilidologiji, jer razlike ukoliko postoje nastale su uslijed nesistematskog pregleda i nedovoljnih metoda i nisu kvalitativnog, već kvantitativnog karaktera. Ne postoji, veli, nijedna manifestacija kod endemijskog sifilisa koja se ne pojavljuje i kod sporadičnog i obratno. Da bi se utvrdila frekvencija pojedinih manifestacija na centralnom nervnom tkivu, predlaže anketu po uzoru na Burjato-Mongolsku i to u krajeve, koji još nisu uopće liječeni ili su tek u početku liječenja.

Analogno ispitivanjima u Bosni ispitivana je raširenost endemijskog luesa, a naročito njegov odnos prema cerebralnom centralnom sistemu, u raznim krajevima Evrope, a tako i nešto u istočnoj Srbiji, Rumunji, Rusiji, Bugarskoj. Osobito je studiran t. zv. egzotični ili tropski lues u kolonijama Afrike i Azije, te u sjevernoj i južnoj Americi. Rezultati tih ispitivanja u raznim krajevima, a u razno vrijeme bili su za čudo vrlo različiti, a često i kontradiktorni. Pođemo li od najstarijih važnijih autora sastajemo se najprije sa imenom Fourniera, koji je studirao lues francuskih afričkih sistema na bazi toga luesa. Iza toga nailazimo na studije Scheube-a (1902.), koji je tvrdio, da je progresivna paraliza potpuno nepoznata u velikom dijelu britanskih i njemačkih kolonija u Africi, a da je vrlo rijetka u britskoj i stražnjoj Indiji, Kini i Korei, Abesiniji, Natalu i na nekim većim otocima. Od prilike u to isto vrijeme padaju

ispitivanja Kraepelinova (1904.) na Javi, gdje navodi, da u bolnicama nije našao pored drugih duševnih bolesti ni jedan slučaj progresivne paralize. Nekoliko godina iza toga van Brero objavljuje rezultate svojih ispitivanja (1902—1909.) sa teritorija, gdje je ispitivao i Kraepelin, no ne samo iz bolnica, nego i iz zatvora, ambulanata, i drugih sakupljališta nemoćnih i bolesnih ljudi, te nalazi, da progresivna paraliza nije rijetka, jer njezin broj iznosi 5.2% svih duševnih bolesti. Već taj van Brerov nalaz pokazivao je veliku razliku između materijala u bolnici i materijala koji je bliže terenu na kojem bolesnik živi, i bio je prvi signal da to pitanje treba promatrati mnogo kritičnije i mnogo pažljivije. I dok je poslije Mulder (1923. g.) potvrđivao podatke Keividt-a Longa i drugih autora, da je na Javi neurolues vrlo rijedak i da se javlja samo kod doseljenika, dotle je sa tog istog javanskog terena malo kasnije (1934.) Schaar utvrdio, da broj progresivnih paraliza kod urođenika iznosi 4% svih duševnih oboljenja, a kod Evropejaca u isto vrijeme 8—9%.

A. Marie, na osnovu ispitivanja Warnocka god. 1906., utvrđuje u Kairu, da među urođenicima imade 4½% progresivnih paraliza od svih duševnih bolesnika, a kasnije nadopunjuje, da stranaca oboljelih od iste bolesti ima istovremeno 14—16%. Jeanselme je 1901. pa opet 1912. utvrdio, da u Indokini gotovo i nema progresivne paralize i tabesa, iako imade dosta luesa, dok Motavi (1935.) nalazi u Indokini dosta tabesa i paralize. On čak i obrazlaže time, da postoji razlika u nalaženju bolesnika uslijed toga, što urođenici zovu ili idu liječniku kod gubljenja vida (atrofija nervi optici), a ne idu liječniku kod lanciniranih boli, kriza i psihičnih alteracija, ne govoreći o lakšim somatskim simptomima kao što su pareze cerebralnih živaca, poremećaji zjenica itd.

Vortisch (1911.) i Maxwell (1911.) tvrde, da u Kini oboljeva od progresivne paralize 1% između svih duševnih bolesnika. God. 1922.—1928. utvrđuje posljednji autor, da u Kini oboljeva 2% luetičara od progresivne paralize što je mali procenat, naročito u Pekingu, i to u isto vrijeme, kada liječnici iz okoline javljaju, da uopće nema paralize ni tabesa.

U Alžiru god. 1909. našao je Rüdin svega 2 slučaja progresivne paralize između luetičnih infekcija, a to je bio jedan urođenik kočijaš, koji je sasvim poprimio način života francuskog doseljenika, a druga je bila prostitutka, koja je, razumije se, dolazila u bliži kontakt sa doseljenicima. Kasnije u Alžiru i Maroku Raynaud, Mello Breyar, Müller, Levy-Bing, Carle i Bourcat (1917.), Sicard (1920.), te naročito Andrè, Sézary i Lacapère govore također o rijetkom neuroluesu, a naročito o rijetkom tabesu i progresivnoj paralizi. Ovaj posljednji autor ipak nalazi dosta česte luetične promjene u sekundarnoj i tercijarnoj dobi. U sekundarnoj dobi glavobolje, nesanicu, meningizme, razne povrede cerebralnih živaca, a kod tercijarne dobe

encefalitide i meningitide, često u frustnim formama. On tumači rijetkost parenhimatoznog neuroluesa time, što se infekcija događa većinom u mlađim godinama, kad je mozak mnogo otporniji, dok je kod kasnije infekcije Evropejaca, kao i kod običnog sporadičnog luesa, cijeli organizam daleko manje otporniji, a život moderne civilizacije stavlja daleko veće zahtjeve.

André misli, da Evropejci zato češće oboljevaju od neuroluesa, što u Evropi traje lues već više stoljeća, i što je stalno pod utjecajem liječenja. Misli, da sama civilizacija i trajna endemična infekcija nemaju utjecaja na postanak neuroluesa.

Sézary u svojim izlaganjima (od 1926. dalje) upozorava na to, da svi narodi na početku infekcije oboljevaju najprije više od kožnih afekcija, koje kasnije malo po malo postaju rjeđe, a afekcije nervnog sistema sve češće. To tvrde za sjevernu francusku Afriku i Montpellier (1926.), pa Dumolart, Aubry i Sarroy (1930.) za Kokinkinu Doroll (1936.) Moreira (1913.) za brazilijanske Crnce, a Plaut (1926.) za Crnce i Indijance Amerike itd.

Interesantnu kontradikciju nalazimo i u Turskoj. Dok His (1913.—1918.) a još prije Düring (1902., 1918.), Neukürch (1921.) tvrde, da se progresivna paraliza i tabes vrlo rijetko pojavljuju, dotle Fleischmann za isto vrijeme iznosi, da su tabes i progresivna paraliza česti, ali da su podatci liječnika iz okoline vrlo netačni. Fleischmannove podatke potvrdio je u novije vrijeme i turski autor Ichsan Schükry, koji dobro poznaje prilike svoje domovine.

Vrlo energično odbijaju bugarski autori Ilieff i Rajakoff (1922.) mogućnost postanka progresivne paralize od endemijskog luesa, jer da je u dvije velike duševne bolnice bugarske nisu mogli naći na bazi endemijskog luesa.

Među najkritičnije radove spada Beringerov, koji je 1928. godine učestvovao u Jessner-Rossyanskijevoj ekspediciji kod mongolskog plemena Burjata u Aziji. Ta ekspedicija je pod vrlo povoljnim uvjetima pregledala sistematski cijela sela i Beringer je tu vrlo savjesnim i tačnim ispitivanjima utvrdio, da kod endemijski zaraženih Burjata imade i neuroluesa i luetičnog oboljenja parenhimatoznog tkiva, t. j. tabesa i progresivne paralize. Na tu radnju koja je imala u vidu Willmannsove tvrdnje o postanku parenhimatoznog živčanog luesa osvrnut ćemo se češće zbog sličnih prilika i kod nas.

Na osnovu raznih gornjih tvrdnja Jahnel (1935.) je mišljenja, da u svim krajevima, gdje imade endemijskog ili t. zv. tropskoga luesa, imade i paralize i tabesa. Odbija mišljenje Willmannsovo, da spirohete pod utjecajem terapije

postaju neurotropne. Zaključci Willmannsovi bili su bazirani na historijskim podatcima, koji djelomično nisu tačni. Za to najenergičnije odbija vjerojatnost, da bi liječenje sifilisa uzrokovalo i izazvalo progresivnu paralizu i tabes.

Zaključak, koji bismo stvorili na osnovu navedenih podataka raznih autora u razno vrijeme, bio bi ovaj:

1. Sve se manje javljaju autori, koji energično odbijaju pojavu neuroluesa, a naročito parenhimatoznog centralnog nervnog sistema na bazi endemijskog i egzotičnog luesa.

2. Sve više ima autora, koji opisuju progresivnu paralizu i tabes kod endemijskog luesa, a neki čak tvrde, da se progresivna paraliza i tabes kod endemijskog luesa sve češće razvijaju.

*

Imade ipak više uzroka, po našem mišljenju, različitim tvrdnjama poznatih autora i inače nesumnjivih kapaciteta, o čestoći neuroluesa, a naročito parenhimatoznoga, kod endemijskog luesa.

Od tih navodimo slijedeće:

1. Prekratko ispitivanje, nedovoljne kliničke tehničke metode, a osobito još nedovoljno poznavanje metoda humoralnog ispitivanja. Ovo zadnje vrijedi naročito za autore predratne.

2. Česte atipične i rudimentarne slike bolesti, koje se ne mogu pri kritičkom ispitivanju nikako mimoići i poreći, i koje se danas ne smiju ni na koji način isključiti.

3. Većina ispitivanja vršili su ne-neurolozi, dakle liječnici sa malo spreme s obzirom na neurološku dijagnostiku, koja je naročito važna i osjetljiva pri ispitivanju spomenutih atipičnih slučajeva. Ovo vrijedi naročito za one podatke, koji su inače služili i neurološkim autorima za stvaranje zaključaka, a koja su im dali praktični liječnici iz svoje prakse ili iz malih bolnica.

4. Većina ispitivanja vršena su u bolnicama, ambulantama i privatnim ordinacijama, a rijetko su vršena na samome terenu, odakle baš ti atipični i rudimentarni slučajevi rijetko dolaze. Tim više, što takovi slučajevi malo pokazuju subjektivnih teškoća, a na neke subjektivne teškoće, kao na pr. lancinirane boli, lakše krize, parestezije, manje očne smetnje, smetnje cerebralnih živaca, bolesnici se ni ne obaziru. Da je tome tako pokazala su svaka, ma i najmanja sistematska pregledavanja cijelih naselja ili većih grupa ljudi.

Pored već spomenute zadaće, sami su se od sebe nametali i drugi interesantni momenti i pitanja, vrijedna i potrebna ispitivanja. Tako u prvom redu provjeravanje Willmannsove teorije, koji je u glavnome tvrdio, da je povećana učestalost luetičnih parenhimatoznih oboljenja uvjetovana nedovoljnim

liječenjem luesa ili čak i liječenjem arsenovim spojevima, osobito neosalvarsanom.

Kako će se iz ovoga prikaza vidjeti, a to proizlazi i iz suštine same stvari, naše ankete mogle su postavljene zadatke samo djelomično riješiti; no glavnu zadaću t. j. pojavu parenhimatoznih oboljenja centralnog nervnog sistema kod endemijskog luesa, riješile su, po našem mišljenju, uspješno.

Kod samog ispitivanja trebalo je svladavati mnoge zapreke. Te teškoće bile su na prvom mjestu sasvim stručno tehničke prirode. Tako se često nisu mogli dobiti nikakovi ili vrlo nedovoljni anamnestički podatci. Trebalo je isključiti svakako infekciju običnim sporadičnim luesom. Kod ljudi koji su ostajali u svojim krajevima bilo je to lakše, ali zato ne kod ljudi, koji su odlazili u vojsku, koji su u vrijeme rata prošli veliki dio bivše Austro-ugarske monarhije, koji su sa austro-ugarskom vojskom zalazili u okupirana područja, a i oni, koji su poslije rata odlazili na rad i pečalbu u zemlju i inozemstvo itd. Ispitivanje kod muškaraca bilo je u toliko olakšano, što su oni bili pristupačniji i obrazovaniji, dok je kod žena bilo otežano zbog neukosti, stidljivosti i sl. a u muslimanskim krajevima i naseljima i zbog velikog konzervativnog shvatanja. S druge strane su se žene opet daleko manje pokretale sa svojih naselja, pa je tako infekcija endemijskim luesom bila vjerojatnija.

Osobite teškoće pojavile su se pri punktiranju. Te smo u početku imali svakako u vidu i nastojali ih predusresti, ali su bile daleko veće nego što smo ih mogli predvidjeti. Trebalo je od prvog početka mnogo nagovaranja, ali je i to usprkos poznavanju jezika, običaja i prilika vodilo slabo uspjehu. Zato je razmjerno bilo i malo punkcija, i naši rezultati nisu uvijek potkrijepljeni nalazom likvora, kako smo to željeli, a na žalost ponekad i baš kod slučajeva vrlo interesantnih. Mišljenja sam, da bi rezultati u pogledu našeg konačnog mišljenja bili još povoljniji, da smo mogli više punktirati. Ispočetka je punktiranje teklo bez većih zapreka i u prvoj, a osobito u drugoj anketi, gdje je punktirano većinom u bolnici u Bihaću i Cazinu; kasnije je to međutim počelo zapinjati iz jednostavnoga razloga, što se nije moglo i pored svih poduzetih mjera izbjeći postpunkcijskim poteškoćama i komplikacijama (glavobolja, nauzea, bolovi u krstima, meningizmi, povraćanje itd.). Bolesnici su naime poslije punkcije odlazili pješice kući neki put i po 5 i 6 sati, ili eventualno jašući na konjima, što dakako također nije moglo dobro utjecati. Prvi meningizmi su čak ometali i dolaženje na pregled i punktiranje novih ljudi. Davanje raznih analgetičnih sredstava p r o f i l a k t i č n o ili naknadno malo je ublaživalo poteškoće pokraj opisanih napora. Strah pred »velikom iglom«, te uslijed toga povećana nestrpljivost, nemirno držanje, uzmicanje, s druge strane je opet onemogućivalo pravilno i uspješno punktiranje, osobito kod žena. Beringerovi Burjati začudo nisu, osim malih iznimaka, bježali od punkcija, već su naprotiv

rado dolazili »na veliku leđnu štrcaljku«, jer se poslije nje doduše javlja glavobolja (prema Beringeru u 50% svih slučajeva) ali da dobro djeluje. Mi takovih hvala za vrijeme naših anketa nismo imali prilike slušati. Iz navedenih razloga nismo mogli na žalost izvršiti punkciju svagdje gdje smo htjeli; morali smo se ograničiti na najtipičnije slučajeve, a događalo se, da su nam baš vrlo važni i vrijedni slučajevi izmakli punkciji. Zato nam je nalaz u pogledu likvora u izvjesnom pravcu defektan, no ne toliko, a da ne bismo mogli stvarati potrebnih zaključaka. Taj defekt je naročito izražen u prvoj anketi, ali je u drugoj bio popravljen time, što smo mogli punktirati u bolnicama, uz pomoć bar donekle školovanog bolničarskog personala, dok smo u prvoj anketi bili primorani punktirati u adaptiranim kućercima, a ponekad i na otvorenoj livadi, sakriveni iza kakovog drveta ili plota. Jedno zbog toga što ljudi poslije punkcije nijesu po savjetu ležali, a drugo zbog napornog puta, koji su iza punkcije prevaljivali, javljali su se neugodni meningizmi gotovo u 50% slučajeva. Nekada su bile vrlo intenzivne glavobolje s povraćanjem, pa i povišenim temperaturama, ukočenošću šije, bolovima u krstima i uzduž ekstremiteta, osobito donjih, radi kojih su morali ležati i tražiti liječničku intervenciju. Bilo je dobro, što su rajonski liječnici bili informirani o čemu se radi, te su pružali pomoć. Gornji procenat je svakako rekordan broj; daleko je veći nego što je na klinici, a i u praksi, i pri punktiranju u ambulantama ili ordinacijama. Punkcije su bile sve lumbalne, a izvršene su u većini slučajeva na pacijentima dok su sjedili, a manje dok su ležali. Izvršene su svega 72 punkcije s uspjehom, dok ih jedan izvjestan broj nije uspio zbog već opisanih razloga.

Likvor se ispitavao djelomično odmah iza punkcije, i to brojao se broj stanica, vršila se Nonne Apeltova i Pandyjeva reakcija, ispitivanje cjelokupne bjelančevine, a iza toga Meinickeova i zlatna reakcija. Kasnije se ta zamijenila sa Benjoin colloidale, jer se kod zlatne reakcije reagens brzo kvario. Ispočetka smo pokušali raditi sve reakcije u vlastitom laboratoriju, a kasnije smo sav materijal slali poštom u Zagreb u laboratorije dermatološke i neurološko-psihijatrijske klinike. Moramo istaći, da smo na svakom koraku nailazili na teškoće kod pripremanja reagencija za pregled likvora, kao što su trešnja, nestalna temperatura i t. d. No uza sve to rezultati su bili upotrebljivi, jer su se vršila kontrolna ispitivanja.

Specijalne teškoće bile su ipri ispitivanju neurološkom i duševnom. Bolesnici su, a osobito žene, bili često vrlo nepristupačni i nepovjerljivi. Osobito to vrijedi za muslimanske žene, gdje se je pregled ponekad morao izvršiti i uz asistenciju nepovjerljivog muža. Razumije se, da su zaostalost i neobrazovanost to nepovjerenje još povećavali i pregled u veliko otežavali. Od neurološkog pregleda vrijedi to osobito za ispitivanje senzibiliteta, koje traži i inače od pregledavača veliku strpljivost i oprez, a od pregledavanog dobru volju i razu-

mijevanje. Ispitivanje duševnog stanja bio je naročito mučan posao. Nepovjerenje i nepristupačnost, neobrazovanost i analfabetizam, često su ispitivanje onemogućivali, ili barem u prvi moment iskrivljivali. To se pokazivalo i kod inače zdravoga pučanstva, osobito kod djelomično defektnih, debilnih ili psihopata. Najveće poteškoće bile su pri ispitivanju sjećanja i zapamćivanja, manje kod školskog znanja, u koliko ga je bilo, a najmanje kod iskustvenog znanja. Poteškoće su bile više izražene u početku, dok se nismo uživjeli u način razgovora, u žargon, u izraze, u običaje, dok se dakle nismo upoznali bolje sa sredinom i stekli njeno povjerenje. Hetero-anamneza o duševnom stanju nekog susjeda, suseljana ili rođaka također je često zadavala velikog posla i muka, jer je ocjena ljudi o kvalitetu duševnog života njihovog suseljana bila defektna, nekritična i za to neupotrebiva. Morali smo zato biti vrlo kritični i možda skeptični pri ocjeni duševnoga života, te u najmanju ruku barem vrlo oprezni. Često smo pri nekojem slučaju somatski i klinički dijagnosticirali moždani lues, i s obzirom na prividno teški duševni defekt pomišljali na novi slučaj progresivne paralize. No ponovno ispitivanje, koje nam je oduzimalo razmjerno mnogo vremena, uvjeravalo nas je, da tog duševnog defekta nema i da se ne radi o progresivnoj paralizi. S druge strane, nema sumnje, da smo sigurno kraj ovakovih prilika i nemogućnosti detaljnog ispitivanja duševnog stanja i pribiranja hetero-anamnestičkih podataka dijagnosticirali lues cerebri ili tabes mjesto progresivne paralize.

Cjelokupni materijal bolesnika, koji ćemo ovdje iznijeti, sastoji se:

I. Iz materijala koji smo našli prigodom prve ankete u mjesecu julu 1934., gdje je u toku od mjesec dana pregledano oko 3.000 ljudi, a neurološki općenito 1.546 ljudi, a od toga detaljno psihijatrijski i neurološki 162 čovjeka. Od toga broja je bilo moguće punktirati sa uspjehom samo 43 čovjeka, iako smo imali namjeru punktirati svih 162. Od toga broja upotrebili smo u našem izvještaju 78 slučaja.

II. Iz bolesničkog materijala, koji smo našli prigodom druge ankete u bihaćkom kraju, a koja je trajala svega 7 dana. Iako je ova anketa trajala kratko, materijal je bio vrlo dragocjen, jer nam ga je šef Doma zdravlja u Bihaću g. dr. S. S i j e l s k i prije već izabrao, te smo tako izgubili vrlo malo vremena dugim i neugodnim anamnestičkim ispitivanjima, a otpalo je i ispitivanje i pregledavanje mnogog nepotrebnog balasta, s kojim smo izgubili mnogo dragocjenog vremena pri prvoj anketi. Zato nam je bilo moguće u razmjerno kratko vrijeme pregledati dateljno neurološki i psihijatrjiski više bolesnika i više punktirati, jer smo mogli pored toga i punktirati u bolnici. Pregledano je dosta dobro oko 700 ljudi, a od toga vrlo detaljno neurološki i psihijatrijski 31, punktirano je bilo 29 sa uspjehom. Za izvještaj ovaj upotrebljeno je 17 slučajeva.

III. Iz bolesničkog materijala neurološko psihijatrijske i očne klinike u Zagrebu. Ti slučajevi su bili klinički i biološki vrlo precizno pregledani a bio je sa sigurnošću utvrđen endemijski lues. To su bili u prvom redu slučajevi manifesnog cerebralnog luesa i tabesa od kojih je jedan slučaj i umro, te je bilo anatomski i histološki moguće sa sigurnošću dokazati, da se radi o tabesu na bazi endemijskog luesa. Iz tog materijala upotrebljeno je za naš izvještaj 6 slučajeva.

Pregledani materijal, svega 111 slučajeva, svrstali smo prema formama bolesti i prema navedenim grupama bolesničkog materijala na slijedeći način:

A. Paralysis progressiva 2 (II*)

B. Taboparalysis 2 (I*)

C. Tabes dorsalis:
- a) neliječen prije pojave tabesa 3 (*) + 2 (II*)
- b) liječen prije pojave tabesa 11 (I*) + 1 (II*)
- c) liječen poslije pojave tabesa 4 (III*)

D. Rudimentarni i atipični tabes:
- a) neliječeni 9 (I) + 1 (II), svega 10
- b) liječen 2 (I)

E. Sumnjivi slučajevi na tabes 7 (I)

F. Lues cerebri florida 2 (III)

G. Lues cerebri peracta sa gumoznim brazgotinama. 8 (I) + 3 (II), svega 11.

H. Izolirane pupilarne smetnje seropozitivne:
- a) sa pregledanim likvorom 4 (I) + 12 (II), svega 16
- b) sa nepregledanim likvorom 16 (I)

I. Izolirane pupilarne smetnje seronegativne:
- a) sa pregledanim likvorom 2 (I) + 4 (II), svega 6
- b) sa nepregledanim likvorom 13 (I)

K. Lues cerebri s epilep. grčevima 2 (I) + 1 (II), svega 3 slučaja.

A. PROGRESIVNA PARALIZA.

Slč. 1. P. Đ. iz Cazina, 50 godina, podvornik. Okolina je opazila da se je zadnjih godina duševno promijenio i da ta promjena postaje sve evidentnija, u smislu duševne slabosti. Radi toga ga i ismjehavaju i prave šale na njegov račun, što prije nije bivalo. Liječen nije.

I. Slučajevi iz prve ankete god. 1934.
II. Slučajevi iz druge ankete god. 1935.
III. Slučajevi iz neurološko-psihijatrijske i očne klinike Medicinskog fakulteta u Zagrebu.

Zjenice su potpuno ukočene na svijetlo, nepravilnog su oblika i nejednake. Refleksi na gornjim, a osobito na donjim ekstremitetima su pojačani.

Humoralni nalaz: Krv i sve reakcije vrlo pozitivne. Likvor: pri punkciji povećan pritisak. Wa. R. i Müller vrlo pozitivni. Stanica 15/3, B. S. 0,44‰, Nonne Apelt i Pandy pozitivni, zlatna reakcija: 0144320000. Duševno promijenjen u smislu djetinjastosti, poremećenog sjećanja i zapamćivanja, afektivno labilan.

Slč. 2. Č. B. od 59 godina, seljak iz okoline Bihaća. Bolest je počela prije više godina sa neurasteničnim simptomima i uglavnom promjenom karaktera. Razdražljivost, osjetljivost, nesanice, glavobolje, rastrešenost, unutarnji nemir. Za primarni afekt ne zna. Počeo se liječiti antiluetično tek nakon prvih psihičkih simptoma.

Zjenice su potpuno ukočene na svijetlo, midrijatične, oči nešto izbočene. Refleksi na gornjim i donjim ekstremitetima živahni.

Humoralni nalaz: Krv u svim reakcijama negativna. Likvor pri punkciji: povećani pritisak, broj stanica 48/3 Nonne Apelt — cjelokupno bjelančevina po B. S. 0,16‰, koloidalna reakcija negativna.

Postoje izraženi defekti u sferi sjećanja i zapamćivanja, te u sferi stečene i školske inteligencije.

Slč. 2a. H. A., 48 godina, vjeroučitelj muslimanski, oženjen, iz Cazina. Roditelji su umrli od starosti, dva brata i dva polubrata živi i zdravi, dvije polusestre umrle od tuberkuloze. U njegovoj roditeljskoj kući navodno nema endemijskog luesa. U više mahova pregledavana krv kod njegove braće i polubraće bila je negativna. Živio je nekoliko godina u Velikoj Kladuši, gdje imade mnogo endemijskog luesa. Prije 10 godina pregledana je krv kod njegove žene, kao i kod nekih članova obitelji njegove žene, pa je nađena krv u svim reakcijama jako pozitivna. Svi ti članovi ženine obitelji, a i ona, liječeni su iza toga, ali vrlo neizdašno. On sam zaklinje se, da nikada nije imao nikako seksualnog kontakta sa drugim ženama, osim sa svojom. Tu vjerojatnost potvrđuje i njegov prijatelj, koji ga je doveo, jer je bolesnik bio poznat sa svoga visokog moralnog osjećanja i vladanja. On ne pije, malo puši,. Bio do sada uvijek u glavnom zdrav. Oženjen je 28 godina, imade troje zdrave djece. U trećem porodu imala je žena dvojke, od kojih je jedno odmah iza poroda umrlo. Dijete rođeno u četvrtom porodu umrlo je nakon nekoliko mjeseci. Nije poznato, da je imala pobačaja. Prijatelj, koji ga je dopratio na kliniku, i koji je dao jedan dio podataka, iskazuje, da je bolesnik do unazad 5 mjeseci bio posve zdrav i normalnog duševnog stanja. Bio je poznat po svom osobito dobrom pamćenju i sjećanju. Pred 5 mjeseci opazili su ljudi, da nekako manje govori, da zapinje u molitvama, i uopće da se čudno ponaša. On sam kaže, da je postao zaboravan, rastrešen, teško reproducira molitve i Koran. To ga je sve potaklo da ode liječniku, koji ga je uputio na kliniku.

Interni nalaz uredan, naročito srce. Zjenice nepravilne, nejednake (lijeva veća od desne), tromo i neizdašno reagiraju na svijetlo, nešto bolje na akomodaciju. Cerebralni živci u redu. Motorna sfera u redu. Jednako tako i sfera osjeta. Refleksi patelarni i Ahilovih tetiva s obje strane vrlo živahni. Postoje poremećaji sjećanja i zapamćivanja, kritike i rasuđivanja. Postoji donekle uviđavnost za bolest. Bolesnik je osjetljiv, vrlo razdražljiv, rastrešen. Oslabljena mimika, prazni izražaj lica.

Nalaz krvi: sve reakcije kompletno pozitivne. Nalaz likvora: limfocitoza 173 stanica cjelokupna bjelančevina S. B. 0,85‰, Nonne A. Pandy pozitivni, Citochol vrlo pozitivan, Wa, R. Kahn Meinicke, Müller kompletno pozitivni. Zlatna reakcija: pokazuje tipičnu paralitičnu krivulju. Bolesnik je zadržan na liječenju na klinici.

B. TABOPARALIZA.

Slč. 3. O. T. iz Malina, kotar Travnik, 40 godina, seljak. Neliječen. Najbližoj okolini upadao je u oči radi svoga čudnovatoga ponašanja i radi svojih misli i govora. Zjenice su anizokorične, reagiraju vrlo tromo na svijetlo i konvergenciju, papila nervi optici dextra potpuno blijeda a sinistra ružičasto blijeda. (Atrophia genuina.) Refleksi na donjim ekstremitetima dadu se jedva izazvati i nešto su diferentni.

Humoralni nalaz: Krv negativna. Likvor: stanica 7/3, sveukupna bjelančevina nepovećana, Nonne Apelt i Pandy negativni, B. S. 000222100000.

Interni nalaz: insuficijencija aorte, mesaortitis luetica aneurisma aortae ascendens, lijevi ventrikl srca raširen. Duševno je bolesnik promijenjen, postoji vrlo izražena demencija sa naročito slabim sjećanjem i pamćenjem, te izražena promjena karaktera u smislu euforične, gotovo hipomanične blesavosti.

Slč. 4. B. I. 55 godina, seljak iz Stijene. Nije liječen. Upalo u oči okolini, da teže govori. Zjenice su sasvim ukočene na svijetlo, i dosta su miotične. Postoji arefleksija patelarna i Ahilovih tetiva, postoji ataksija. Disartrija.

Humoralni nalaz: Krv po Meinicke, Kahn i Müller pozitivni, B. R. W. negativan. Likvor: B. R. W. negativan, Müller +. Stanica 16/3, S. B. V. 0,18‰, Pandy, Nonne Apelt pozitivni, zlatna reakcija 0110000000.

Duševno postoje lake promjene afektivne, labilnost afektivna, osjetljivost i laki početak demencije, sa oslabljenim sjećanjem i pamćenjem.

U prvom slučaju slika je bolesti jasna i dijagnoza prema tome sigurna. Tu se radilo o početnoj, nešto brže progredijentnoj dementnoj formi progresivne paralize, sa tipičnim tjelesnim i duševnim nalazom. Nešto plića krivulja zlatne reakcije je uvjetovana manje intenzivnim promjenama u likvoru.

Dijagnoza drugoga slučaja progresivne paralize je dosta sigurna. Formu paralize označili bismo kao dementnu, vrlo pomalo progredijentnu, možda i stabiliziranu, ne sasvim tipičnu. Za tu dijagnozu govori nalaz na zjenicama, psihični status i nalaz u likvoru. Negativni nalaz u krvi možemo dovesti u vezu sa višekratnim antiluetičnim liječenjem. Svakako je interesantna i netipična disproporcija između posve negativnog nalaze u krvi i nalaza u likvoru. Netipičan je razmjerno veliki broj stanica (48), a mali kvantum bjelančevine uz negativni nalaz u koloidalnoj reakciji.

Pri takovom nalazu mogli bismo pomišljati na pseudoparalitičnu sliku moždanog luesa, gdje su psihične promjene uvjetovane jačim luetičkim vaskularnim promjenama u frontalnom mozgu, no gdje parenhim ipak nije toliko zahvaćen koliko potporno tkivo. Ipak smatramo da se radi o paralitičnom procesu i paralitičnom psihičnom defektu, jer je infekcija bila vjerojatno vrlo daleko unazad, jer se psihični proces, t. j. laka demencija i promjena karaktera, razvijao po malo i sporo, i jer samo antiluetično liječenje nije bitno utjecalo na psihične promjene. O kakovoj senilnoj ili arterosklerotičnoj ili ev. involutivnoj psihozi nije se radilo, jer za to nije bilo karakterističnih simptoma ni psihičkih ni somatskih.

Slučaj 3. progresivne paralize (2a) je anamnestički, klinički i serološki potpuno jasan i uvjerljiv. Osobito smo provjeravali anamnestičke podatke, pa smo utvrdili, da se je bolesnik oženio vrlo mlad, da u njegovoj familiji nije bilo end. luesa, da je njegova žena zaražena end. luesom, da potječe iz familije koja je cijela zaražena luesom, da su duže vrijeme poslije ženidbe živjeli u mjestu jako zaraženom end. luesom; vanbračna infekcija spor. sifilisom nije vjerojatna s obzirom na vrlo veliki moral bolesnika, koji je služio kao primjer svojim životom cijelom kraju.

Sva tri slučaja mogu se dakle sasvim pouzdano smatrati progresivnim paralizama, ali im je tok nešto blaži manje turbulentan i zato donekle i atipičan. Ta atipična rudimentarnost, malobrojnost simptoma, blagost i sporost tempa razvitka i toka karakterizira luetične manifestacije na centralnom živčanom sistemu kod većine slučajeva, što smo ga mi našli na našem materijalu endemijskoga luesa.

Slučaj 3. i 4. su dosta obične kombinacione slike paralitičnih i tabičnih simptoma, dakle taboparalize. Psihički nema možda bitnih razlika. Možda je prvi slučaj više hipomanična tipičnija slika, kakovu nalazimo kod običnih paraliza poslije sporadičnog luesa. Interesantna je razlika u manifestacijama tabičnim. Dok je kod prvog slučaja izražena tabična atrofija pored redovnog nalaza na zjenicama, a tetivni refleksi na donjim ekstremitetima su manje tangirani, kako je to inače tendencija kod takove forme tabesa, kod drugoga slučaja atrofija očnoga živca nije izražena, ali postoji potpuna arefleksija. Imademo dakle korelacije kao kod običnog tabesa. Treći slučaj je još kompliciran promjenama na srcu i aorti. Aortitis nije rijedak nalaz kod progresivnih paralzia i taboparaliza. Po nekim autorima varira između 10 do 18% slučajeva. No insuficijencija aorte i aneurizme su nešto rjeđe komplikacije kod progresivne paralize. (G a n z e r, S c h e r e r).

Nalazi u krvi i likvoru nisu ni ovdje tipični i rudimentarni su. No kod taboparalize imademo takav nalaz i kod našeg običnog materijala, te su krivulje i vrijednosti u likvoru sličnije onima kod moždanog luesa i običnog tabesa. Sâm tok bolesti je kod taboparalize u većini slučajeva nešto polaganiji, s manje izraženim psihičnim slikama, nego kod obične paralize. Kod naših slučajeva su poremećaji kritike i sjećanja manje izraženi, zato više poremećaji karaktera.

U svim gore navedenim slučajevima su zjenice bile sasvim, ili gotovo sasvim, ukočene na svijetlo ,a reagirale su dobro na akomodaciju. Bio je dakle izražen tipičan Argyl-Robertsonov fenomen. Samo u jednom slučaju (3) reagirale su zjenice vrlo tromo na svijetlo i akomodaciju. Radilo se dakle o poremećaju koji je bliži takozvanoj apsolutnoj ukočenosti i kakvog češće sretamo kod moždanog luesa.

O trajanju psihotičnih simptoma nemamo zapravo kod naših slučajeva tačnih podataka. Znamo samo da traju više godina, a samo u prvom slučaju imamo nešto preciznije podatke. Još manje znamo, kad su se javili simptomi tabični, jer ih bolesnici nijesu subjektivno osjećali. Znamo svakako to, da su se simptomi psihični razvijali polagano, i da su tek zadnjih godina bolesnici počeli upadati okolini u oči svojim ponašanjem i svojim mišljenjem. A i to ne nekim jačim asocijalnim ili egzaltiranim ispadima, već mirnim promjenama karaktera, kako smo to već gore istaknuli. O vremenu infekcije ne znamo također ništa. Tako ne možemo ni približno reći, koliko su se vremena poslije infekcije javili prvi simptomi parenhimatoznog oboljenja. Kako kod end. luesa infekcija nastaje većinom u djetinjstvu, u mladenačkoj dobi, ili kongenitalno, to bi, uzevši poprečno doba naših paraliza 50 godina, trajalo latentno doba 20, 30 ev. i više godina. To odgovara ponekada latentnoj dobi i kod naše obične paralize, osobito kod onih forma, koje su karakteristične blažim i sporijim razvitkom ev. i boljom prognozom.

O liječenju također znamo samo za prvi slučaj, da je dosta energično liječen kombiniranom kurom poslije psihičkih pojava. Ostala četiri slučaja nijesu uopće liječena. Tu okolnost ističemo ovdje naročito s obzirom na tumačenje Wilmanns-ovo, na koje ćemo se još kasnije vratiti. Postavlja se pitanje, da li postoji korelacija između psihičkih smetnja i humoralnih nalaza. Moramo reći, da nam blagi, rudimentarni i često neodređeni psihički simptomi odgovaraju u glavnom isto tako neizraženim i netipičnim humoralnim nalazima. Možemo čak tu tvrdnju proširiti s obzirom na somatske simptome, koje smo donekle vidjeli, a još ćemo jasnije vidjeti kod daljnjih slučajeva, utvrdivši, da takova korelacija postoji i između psihičkih i somatskih simptoma s jedne strane, te nalaza u likvoru s druge strane. Tim konstatacijama proširujemo navedenu karakteristiku luetičnih oboljenja u centralnom nervnom sistemu na bazi endemijskog luesa.

Psihotične slike progresivne paralize su svakako slične običnim slikama te bolesti. Osobito slučaj 1. i 3., gdje su očite karakteristične promjene karaktera i laka progredijentna demencija. Najsličnije su onim atipičnim vrstama bolesti, koje nazivamo stacionarnim, a gdje se ne radi o posve zaustavljenom patološkom procesu, nego o procesima, koji vrlo polagano progrediraju, a simptomi se neobično po malo razvijaju. Kod slučaja 2a i 4. imamo i disartriju. Najtipičniju sliku imao je slučaj 3, jer je bio vrlo sličan klasičnim formama manične i egzaltirane progresivne paralize. Interesantno je s obzirom na blago izražene psihotične simptome, da bolesnici nisu za cijelo vrijeme svoje bolesti nikada postali naročito asocijalni i nije dolazilo do većih ispada, nisu dolazili u konflikt sa poretkom i s manje ili više vještine i mogućnosti su izvršavali svoje

zvanje. Po zvanju su bili trojica seljaci, a jedan podvornik u Cazinu, podrijetlom iz sela cazinskog kotara, jedan vjeroučitelj.

Binswanger računa oko 20% taboparaliza od svoga materijala paralitičkog. Kod Beringer-ove ekspedicije bio je razmjer paraliza prema taboparalizama 9 : 5. Taj razmjer je Beringer naročito podvukao, t. j. istakao je taj veliki broj taboparaliza. Uzrok i obrazloženje toj pojavi svakako je teško označiti, no bit će vjerojatno u vezi s dosta velikim procentom tabičnih oboljenja. Naš broj slučajeva je i suviše malen, a da bismo mogli činiti neke poredbe. No s obzirom na to, što smo uz tri slučaja progresivne paralize našli i dva slučaja taboparalize, što je i Vuletić našao jedan slučaj taboparalize u svom materijalu, a i mi dosta razmjerno veliki broj tabesa, ma i rudimentarnih i atipičnih, možemo i kod naših nalaza vidjeti sličnu tendenciju kao kod Beringerovih.

Već smo gore spomenuli, da je u svih pet slučaja poprečna doba starosti bila oko 50 godina. Treći slučaj je imao oko 40. Ta poprečna doba je veća od dobe kod obične paralize, gdje iznosi oko 35 g., uzevši u obzir i najmlađe i najstarije slučajeve. Ta kasnija doba razvitka bolesti svakako je u uzročnoj vezi sa samim tipom bolesti, kako smo to već ranije istakli. Još bi bilo potrebno reći, koliko imade spol važnosti pri pojavi naših slučajeva paraliza. Naših svih pet slučaja bili su muškarci, što bi možda govorilo za prevladavanje broja muškaraca. No to bi onda odgovaralo manjem broju luetično inficiranih žena, iako su mogućnosti infekcije u oba spola kod endemijskog luesa vjerojatno jednake. Ipak je to premalen broj slučajeva, a da bismo mogli u tom pogledu stvarati neke definitivne zaključke.

Kao osobitu karakteristiku svojih slučajeva paraliza istaknuo je Beringer kod nekih svojih slučajeva ožiljke po preboljelom tercijarnom luesu. Kod nijednog od naših slučajeva nismo takove ožiljke mogli naći. No kako ćemo navesti kasnije, našli smo ih razmjerno često kod tabesa.

C. TABES DORSALIS.

I. Neliječeni slučajevi.

Slč. 5. V. R. iz Ljubnica, 26 godina, patila je od ranog djetinstva od težih glavobolja. Nije liječena. Sadanje stanje: anizokorija, lijeva zjenica veća od desne. Lijeva zjenica potpuno ukočena na svijetlo, desna vrlo troma, obje reagiraju nešto tromije na akomodaciju. Atrofija nervi optici dextri incipiens, t. j. desna papila temporalno blijedo ružičaste boje. Refleksi patelarni diferentni lijevo vrlo slabi, desno nešto jači, lijevo koljeno odebljano u formi artropatije.

Humoralni nalaz: krv BWR, pozitivna, likvor stanica 4/3, S. B. cjelokupna bjelančevina 0,24‰. Nonne Apelt i Pandy +, zlatna reakcija: 243221100000.

Pri hodu se bolesnica brzo umara i nešto je nespretna. Malo ataktična.

Slč. 6. Č. S. iz Tihomišlja, 55 godina, nije liječen. Anizokorija, desna veća od lijeve, zjenice neokrugle, reagiraju na svijetlo vrlo tromo, na akomodaciju dobro. Žali se na noćne glavobolje i na bolove oko pasa. Potpuna arefleksija patelarna i Ahilovih tetiva.

Humoralni nalaz: krv BWR i M. negativni, likvor: stanica 200/3, SB 0.31°/₀₀, Nonne Apelt, Pandy +, zlatna reakcija: 1354433221000.

Slč. 7. S. M. iz Ramanovaca, 42 godina, nije liječen. Zjenice vrlo tromo reagiraju na svijetlo, nejednake su, desna veća od lijeve, postoji potpuna arefleksija patelarna, refleksi Ahilovih tetiva su vrlo slabi i diferentni. Postoje luetični ožiljci u farinksu (lues III peracta).

Humoralni nalaz: krv BWR. i M. vrlo pozitivni, likvor nije izvađen, jer je punkcija odbijena.

Slč. S. B. iz Zubića, 36 godina, nije se liječio. Zjenice vrlo trome i anizokorične. Reflesi patelarni i Ahilovih tetiva oslabljeni i diferentni. Bolovi uzduž ekstremiteta. Perforatio septi nasi (lues III peracta).

Humoralni nalaz: krv BVR negativan, likvor stanice 2/3, SB 0,41°/₀₀, Nonne Apelt i Pandy +, zlatna reakcija 5654331000000. Hod u redu.

Slč. 9. D. S. iz Mijestra, 41 godinu, nije se nikada liječio. God. 1921. imao je rozeolu (lu. II.). Žali se na bolove uzduž ekstreemiteta. Zjenice su posve ukočene na svijetlo. Anizokorične su, dosta sužene, postoji potpuna arefleksija patelarna i Ahilovih tetiva, hod nesiguran.

Humoralni nalaz: krv: sve reakcije vrlo pozitivne, likvor: BWR i M. pozitivni, stanice 3/3, SB 0.35°/₀₀, Nonne Apelt i Pandy pozitivni, zlatna reakcija 012221100.

II. Slučajevi liječeni prije pojave tabesa.

Slč. 10. J. S. iz Vitovlja, 28 godina, liječen neredovno, zjenice reagiraju vrlo tromo na svijetlo, anizokorične su. Desna papila blijedo ružičaste boje (atrofija n. optici incipiens). Potpuna arefleksija patelarna i tetiva Ahilovih.

Humoralni nalaz: krv BWA negativan, likvor nije ispitivan.

Slč. 11. P. S. iz Zaselja, 57 godina, 1916. god. imao je osip po tijelu (L. II?). Po nekad imade nesvjestice i jake glavobolje uzduž ekstremiteta. Zjenice nešto diferentne, vrlo trome reakcije na svijetlo. Papila obostrano vrlo blijedo žućkaste boje (atrofia nervi optici incipiens). Refleksi diferentni, patelarni i Ahilovih tetiva.

Humoralni nalaz: krv negativna, po BWR, likvor stanica 4/3, SB 0.52°/₀₀, Nonne Apelt, Pandy jako pozitivni, zlatna reakcija 6665543321000.

Slč. 12. B. D. iz Oravčića, 26 godina, nešto liječen, neredovito. Imao često ranije noćne glavobolje, te nesanicu. Zjenice su neokrugle, reagiraju vrlo tromo na svijetlo. Anizokorične. Potpuna arefleksija tetiva Ahilovih i patelarnih.

Humoralni nalaz: krv i likvor nisu ispitivani.

Slč. 13. Đ. Đ. iz Ričica, 39 godina, liječen neredovito, zjenice su anizokorične, neokrugle, vrlo tromo reagiraju na svijetlo, desna papila ružičasto blijede boje (atrof. n. optici inc.). Bolovi u ekstremitetima, i glavi. Refleksi patelarni potpuno fale, Ahilovih tetiva oslabljeni.

Humoralni nalaz: krv vrlo pozitivna, po BWR, likvor nije ispitivan.

Slč. 14. M. M. iz Baljkovaca, 70 godina, liječen neredovito. Već više godina imade bolove uzduž donjih ekstremiteta, posljednjih 8 mjeseci ne može pravo da hoda. Zjenice anizokorične i neokrugle, lijeva zjenica potpuno ukočena na svijetlo, desna reagira jedva primjetljivo. Vid vrlo oslabljen, atrofija nervi optici obostrano. Ataksija vrlo izražena, jednako

i hipotonija mišićja gornjih i donjih ekstremiteta. Romberg sasvim pozitivan. Stajanje gotovo nemoguće, jednako i hodanje. Inkontinentia urinae. Potpuna arefleksija patelarna i Ahilovih tetiva. Artropatija u lijevom skočnom zglobu.

Humoralni nalaz: krv negativna po BWR, i M. Likvor povećani pritisak, stanica 10/3, SB 0.91‰, Nonne Apelt i Pandy vrlo pozitivni, zlatna reakcija: 5666666655444.

Slč. 15. M. D. iz Suhoga Dola, 60 godina, liječen neizdašno i neredovito, defectus pallati mollis et parcialis palati duri luet. (L. III per acta). Cicatrices pharingis laringis et epiglotidis luet. Zjenice vrlo tromo reagiraju na svijetlo. Atrophia nervi optici o. u. incipiens. Refleksi patelarni diferentni, sa Ahilovih tetiva se gotovo ne dadu izazvati.

Humoralni nalaz krv po BWR vrlo pozitivan, likvor nije vađen.

Slč. 16. H. D. iz Suhoga Dola, 30 godina, vrlo slabo liječen, preko godinu dana osjeća bolove uzduž ekstremiteta osobito noću. Cicatrices pharingis luet. (Lu III peracta). Zjenice anizokorične, desna veća od lijeve, reagiraju tromo i neizdašno na svijetlo. Atrophia nervi optici sinistri. Refleksi na patelarnim tetivama i Ahilovim tetivama gotovo se ne mogu nikako izazvati.

Humoralni nalaz krvi: BWR vrlo pozitivna, likvor stanice 4/3, SB 0.16‰, Nonne Apelt i Pandy negativni, Benj. col: 0000012211000.

Slč. 17. Š. K. iz Karaule, 26 godina, zemljoradnik. Do 1929. god. zdrav. Poriče svaki vanbračni seksualni kontakt. Priznaje alkoholizam do 29. godine pio je vrlo mnogo rakije i opijao se. Imao je promuklost u grlu i egzantem na koži. Liječen već 1927. g. sa 7 neosalvarsanskih injekcija zbog pozitivnog nalaza u krvi. 1929. god. dobio je 3 kure neosalvarsana, iako vrlo neredovito. U trećoj kuri iza treće injekcije po 0,45 neosalvarsana naglo obostrano oslijepio. Ta sljepoća se poslije mjesec dana popravila. Taj slučaj je publicirao Vuletić (Med. Pregl. 1933). Imade često glavobolje i bolove uzduž ekstremiteta. Osjeća se slabim, nekad ima i nesvjestice. Postoji alopecia syphilitica. Limfne žlijezde ingvinalne i kubitalne povećane. Interni nalaz bez osobitosti. Zjenice reagiraju vrlo tromo i anizokorišne su. Vid oslabljen, naročito desno. Atrofija nervi optici o. u. više desno nego lijevo. Refleksi se dadu izazvati na gornjim i donjim ekstremitetima, krv i likvor nisu vađeni.

Slč. 18. S. M. iz Vitovlja, 70 godina, gotovo nikako liječen, zjenice reagiraju vrlo tromo i neizdašno, anizokorične su, desna veća od lijeve, atrophia nervi optici o. u. Bolovi uzduž ekstremiteta već više godina. Refleksi diferentni na donjim ekstremitetima.

Humoralni nalaz: krv BWR pozitivna, likvor nije vađen.

Slč. 19. A. M. 52 godine, iz Mudrika, za vrijeme rata liječio se od malarije. Zjenice su nejednake, desna veća od lijeve, reagiraju vrlo tromo na svijetlo, bolje na akomodaciju. Atrophija nervi optici dextra. Refleksi patelarnih i Ahilovit tetiva gotovo se ne dadu izazvati.

Humoralni nalaz: krv i likvor negativni.

Slč. 20. Dječak nepoznatog imena iz Lužnice (Turbe) oko 13 godina, zjenica desnoga oka maksimalno proširena, ukočena na svijetlo i akomodaciju, lijeva zjenica isto slabo reagira, atrophia nervi optici dextra. Refleksi ugasli na dolj. ekstr.

Humoralni nalaz: krv nije pretražena, likvor nije vađen.

Slč. 21. K. H. iz Maglaja, 42 godine. Zjenice su vrlo trome, miotične, nešto anizokorične. Potpuna arefleksija patelarna i Ahilovih tetiva, inače nalaz bez osobitosti, bez naročitih subjektivnih smetnja.

Humoralni nalaz: krv po BWR +, Kahn i Müller isto +. Likvor stanica 6/3, BWR negativan, Müller neodređen, SB 0,30‰, Pandy pozitivan, Nonne Apelt negativan, zlatna reakcija 0244332000000.

III. Slučajevi liječeni poslije pojave tabesa.

Sva četiri slučaja bila su liječena na klinici neurološko psihijatrijskoj u Zagrebu.

Slč. 22. A. R. iz Tešnja, 46 godina, bio na liječenju na klinici od 24. III. do 3. VI. 1936. Anamneza ovog slučaja je vrlo interesantna. Sa 13 godina zarazio se pijući iz neke čaše i dobio čir na donjoj usni i jeziku (Lu I!) dobivao neke injekcije u debelo meso, vrlo vjerojatno živin preparat. Kasnije bio dosta jaki alkoholičar. Žena mu nikada nije pobacila. Prije 2 godine, tj. u svojoj 44 godini, osjetio je slabost i nesigurnost nogu, osobito niz stepenice i na neravnom terenu.Kasnije parestezije u desnoj ruci, a 1934. god. slabost vida i ataksiju. Istovremeno lancirane boli na donjim ekstremitetima i nepravilnost u mokrenju. Objektivno postoji lagana slabost donjih estremiteta, laka ataksija, Romberg. Zjenice su miotično potpuno ukočene na svijetlo, a gotovo i na akomodaciju. Patelarni refleksi u redu, refleksi Ahilovih tetiva oslabljeni i diferentni. Anestezije na unutarnjoj strani obaju stegana.

Na plućima tuberkulozni proces, psihično je bio bolesnik intaktan.

Humoralni nalaz: krv BDR, MR, SG. Müller, Kahn vrlo pozitivni, likvor 120/3, stanica, SB 0,41‰, Nonne Apelt Pandy pozitivni, BWR pozitivni, isto tako Müller i Citochol, zlatna reakcija 5666666543222111.

Radi tuberkuloznoga procesa provedena je samo antiluetska terapija iza koje je otpušten u poboljšanom stanju. Dalnja sudbina nepoznata.

Slč. 23. Ž. N. iz Bistrice, 35 godina. Od 15. XII. 1925. do 5. I. 1926. g. bio na klinici, kad je umro. Potus negira. Veneričnu infekciju negira. Prije 2 godine imao jake glavobolje, koje su se nešto smanjile te i sada traju, osobito noću. Od nazad godinu dana počeo da mu slabi vid. Bolesnik je bio liječen cijelo vrijeme na očnoj klinici, ali je neurološki status napravljen na živčanoj klinici. Pupile su nejednake desna je veća od lijeve. Lijeva nepravilna. Reakcija na svijetlo nešto troma. Mala ataksija donjih ekstremiteta, Romberg pozitivan, potpuna arefleksija patelarna i Ahilovih tetiva. Hipotonija muskulature donjih ekstremiteta. Lijevi srednji torakalni segmentni nešto hipestetični. Atrophia nervi optici utriusque.

Humoralni nalaz: krv vrlo pozitivna po BW, MK i SG, likvor vrlo pozitivan po BW, Kahnu. Laka pleocitoza (22/3), D. S. 0.32‰, N. A. i P. pozitivni. Zlatna reakcija: »Tabična krivulja«.

Bolesnik je liječen malarijom, te je uslijed nagle slabosti srca za vrijeme jednog malaričnog napadaja podlegao.

Patološki anatomski nalaz: Lues chronica, atrophia glabra lingvae, Cicatrices palati molis et pharingis. Mesaortitis lutetica. Tabes dorsalis. Malaria acuta terapeutica. Dilatatio cordis et degeneratio fusca myocardis. Emphysema pulmonum vesiculare. Hernia inguinalis libera dex.

Slč. 24. C. A. iz Banja Luke, 46 godina, bio je na neurološko psihijatrijskoj klinici od 21. V. do 15. VI. 1928. god. Poriče svaku veneričku infekciju. God. 1925. počeo opažati, da mu slabi vid. Pri dolasku na kliniku kaže da lijevo oko jedva raspoznaje predmete. Dok na desno nešto bolje vidi, ali kao kroz maglu. Lake hipestezije, bez jasnih segmentarnih granica. Zjenice anizokorične, lijeva veća od desne, desna miotična, obje nepravilne, ne reagiraju na svijetlo, ni na akomodaciju. Lako naznačen strabismus divergens lijevo, desni fascialis slabiji od lijevoga, refleksi patelarni, Ahilovih tetiva dadu se izazvati. Atrofija nervi optici obostrano.

Humoralni nalaz: krv BWR vrlo pozitivna, likvor stanica 15/3, SB 0,32‰; Nonne Apelt i Pandy pozitivne, BWR vrlo pozitivna, zlatna reakcija 3566544321111. Poslije provedene antiluetične kure bolesnik je otpušten u nešto poboljšanom stanju.

Slč. 25. S. H. iz Čajniča, željezničar, 46 godina. Negira infekciju veneričnu. Navodno imao 1916. u vojsci svrab, kad su imali i drugi vojnici. Oženjen, nema djece. Žena mu je 4—5 puta spontano pobacila. Do januara 1938. navodno zdrav. Jednoga dana u januaru osjetio jake glavobolje i jako stezanje oko prsiju. Po podne se našao kod kuće, a da nezna ni sam kako. Ležao je 18 dana iza toga. Od toga dana i slabije čuje, i ne može da drži mokraću. A takodjer slabije vidi i slabije hoda, noge mu klecaju. Stolica u redu. Uzduž nogu lancinirajuće boli. Od kako je ovako bolestan vrlo je razdražljiv.

St. pr. Zjenice anizokorične, desna zjenica potpuno ukočena na svijetlo i akomodaciju, lijeva potpuno na svijetlo, a na konvergenciju reagira. Lagana ptoza lijevo. Vidno polje koncentrično suženo za crvenu boju. Obostrano slabije čuje, lijevo slabije nego desno. Senzibilitet u redu. Refleksi patelarni i Ahilovih tetiva ugasli. Inkontinentia urinae, ataksija. Unutarnji organi u redu. RR 135/75. Elektrokardiogram u redu. Krv Wa. R. vrlo pozitivna, jednako i Meinicke i Müller i Kahn.

Likvor: Limfocitoza: 29/3, 0,28‰, N. A. pozitivan, Wa. R. pozitivna, Citochol pozitivna, zlatna reakcija 1366554444321. Prekinuo liječenje, jer se osjećao bolje, i otišao protiv savjeta liječnika.

D. RUDIMENTARNI ATIPIČNI TABES.

I. Neliječeni slučajevi.

Slč. 26 V. L. iz Mudrika, 48 godina, zjenice anizokorične, reagiraju vrlo tromo na svijetlo, atrophia tabica nervi optica sin. incipiens. Refleksi u redu.

Humoralni nalaz: krv Meinicke pozitivan, likvor BWR negativan, Nonne Apelt neodređen, zlatna reakcija 00000122200000000.

Slč. 27. M. J. iz Vitovlja, 24 godine, česte noćne glavobolje, nesvjestice, povraćanje, zjenice anizokorične, reagiraju vrlo tromo na svijetlo, papile nervi optici obostrano vrlo blijede boje, osobito lijevo, atrofija nervi optici incipens, praecipue sin. Refleksi patelarni, nešto diferentni, Ahilovih tetiva dosta slabi.

Humoralni nalaz: krv BWR negativna, likvor stanica 6/3, SB. 0,33‰, Bensoeva reakcija negativna.

Slč. 28. K. D. iz Šišave, 55 godina, žali se na bolove u očima i na slabost vida. Zjenice vrlo tromo reagiraju na svijetlo, atrofija nervi optici o. sin. incip. Refleksi patelarni lijevo fale, a desno se dadu slabo izazvati. Refleksi Ahilovih tetira slabi. Humoralni nalaz: krv negativna, likvor nije vađen.

Slč. 29. M. N. iz Vitovlja, 32 gdodine, česte nesvjestice, obje zjenice skoro sasvim ukočene na svijetilo. Atrophia tabica o. sin. Refleksi patelarni i Ahilovih tetiva vrlo slabi.

Humoralni nalaz: krv negativna po BWR, likvor nije vađen.

Slč. 30. T. M iz Vitovlja, 15 godina, žali se na glavobolju, zjenice reagiraju tromo, anizokorične su, atrophia n. optici sin. Refleksi Ahilovih tetiva i patelarni se gotovo ne dadu izazvati.

Humoralni nalaz: krv negativna, likvor nije vađen.

Slč. 31. M. A. iz Čukla, 65 godina, lake nesšvijestice, nesanica, zjenice anizokorične, i potpuno trome na svijetlo. Atrophia nervi optici nervi utriusque. Refleksi patelarni i Ahilovih tetiva u redu. Aorta preko 3 prsta široka.

Humoralni nalaz: krv negativna, likvor stanica 13/3, SB 0,41‰, Nonne Apelt pozitivan, BWR pozitivna. Zlatna reakcija 5665544442100.

Slč. 32. R. S. iz Duba, 35 godina star, bolovi u potkoljenicama, zjenice anizokorične i trome na svijetlo. Atrophia nervi optici obostrano početna. Potpuna patelarna arefleksija i tetiva Ahilovih.

Humoralni nalaz: krv negativna, likvor nije vađen.

Slč. 33. Č. I. iz Bistre, 65 godina, zjenice anizokorične, reagiraju vrlo tromo na svijetlo, refleksi patelarni vrlo diferentni, Ahilovih tetiva vrlo slabi.

Humoralni nalaz: krv negativna, likvor 246/3, SB 0,55‰, Nonne-Apelt i Pandy pozitivni, zlatna ıeakcija 6666544210000.

Slč. 34. P. H. Iz Kudića, 55 godina. Zjenice anizokorične, lijeva zjenica minimalno reagira na svijetlo desna potpunoma ukočena na svijetlo. Refleksi patelarni i Ahilovih tetiva dadu se jedva izazvati.

Humoralni nalaz: krv BDR negativna, M i SG vrlo pozitivni, likvor Nonne Apelt i Pandy pozitivni, BWR pozitivna, SB 0,18‰.

Slč. 35. Č. S. iz Tihomišlja, 55 godina. Nije liječen, noćne glavobolje, refleksi patelarni ı Ahilovih tetiva nedadu se izazvati, anizikorija, zjenice vrlo tromo reagiraju na svijetlo.

Humoralni nalaz: Krv negativna. Likvor: Stanica 200/3 S. B. 0,31‰ N. A. pozitivna P. pozitivna. Zlatna reakcija 135443322100.

II. Liječeni slučajevi.

Slč. 36. K. A. iz Zagrađa, 40 godina, liječen redovito. Zjenice vrlo trome na svijetlo, atrophia nervi optici utriusque. Refleksi patelarni i Ahilovih tetiva potpuno ugasli.

Humoralni nalaz: krv negativna, likvor nije vađen.

Slč. 37. I. M. iz Baljkovaca, 28 godina. Sin 70-godišnjega M. N. navedenog pod broj 14. Žali se na bolove u glavi u ekstremitetima. Liječen redovno. Reakcija zjenica je vrlo troma na svijetlo. Zjenice su nepravilne i anizokorične. Refleksi patelarni vrlo se teško dadu izazvati. Refleksi Ahilovih tetiva su diferentni i također vrlo slabi.

Humoralni nalaz: krv negativna, likvor nije vađen.

E. SLUČAJEVI SUMNJIVI NA TABES.

Slč. 38. F. Š. iz Duba 43 godine. Liječenje redovito. Gumozni ožiljci u farinksu. Zjenice reagiraju vrlo tromo, anizokorične su, refleksi patelarni diferentni, a refleksi tetiva Ahilovih slabi.

Humoralni nalaz: Krv pozitivna po M. Likvor stanica 12/3, S. B. 0,32‰ N. A. i P. pozitivni. Zlatna reakcija: 454333221100.

Slč. 39. M.H. iz Zagrađa, 50 godina. Boli u ekstremitetima, nesvjestice, liječen redovito. Zjenice reagiraju tromo, nepravilne su. Atrofija očnih živaca s obje strane naznačena. Refleksi u redu.

Humoralni nalaz: Krv negativna. Likvor: 15/3 stanica S. B. 0,45‰, N. A. pozitivno P. pozitivno. Zlatna reakcija: 665333221000.

Slč. K. Š. iz Zagrađa, 40 godina. Bol u ekstremitetima, osip po koži, liječenje redovito. Zjenice ragiıaju tromo, refleksi patelarni i Ahilovih tetiva dadu se slabo izazvati.

Humoralni nalaz: Krv vrlo pozitivna po B.W. Likvor: Stanica 12/3 S. B. 0,55 N. A. pozitivno P. pozitivno. Zlatna reakcija 666655542100.

Slč. 41. A. H. iz Duba, 37 godina. Noćne glavobolje, osip kože prije 10 godina, liječenje redovito. Zjenice anizokorične reagiraju na svijetlo vrlo tromo. Refleksi patelarni i Ahilovih tetiva dadu se izazvati.

Humoralni nalaz: Krv pozitivna po B. W. Likvor: Stanica 5/3 S. B. 0,40‰ P. neodređen N. A. neodređen. Zlatna reakcija 665421000.

Slč. S. F. iz Duba, 34 godine. Zjenice su vrlo trome akcije. Refleksi patelarni i Ahilovih tetiva dadu se slabije izazvati.

Humoralni nalaz: Krv neodređena po B. W. Likvor: Stanica 8/3 S. B. 50‰ P. neodređeno N. A. neodređeno. Zlatna reakcija 566543332100.

Slč. 43. S. B. iz Zubića, 36 godina. Bolovi u glavi i uzduž ekstremiteta, zjenice reagiraju vrlo trome na svijetlo i anizokorične su, refleksi patelarni i Ahilovih tetiva vrlo diferentni Perforatio septi nasi luetica.

Humoralni nalaz: Krv negativna. Likvor: Stanica 2/3 S. B. 0.41‰ P. pozitivno N. A. pozitivno. Zlatna reakcija 566433100000.

Slč. 44. T. P. iz Voljevca, 50 godina. Nešto liječen, anizokorija, zjenice neokrugle, reagiraju vrlo tromo, bolovi u glavi i u udovima, refleksi tetiva Ahilovih i patelarni vrlo oslabili. Krv i likvor nisu pretraženi.

Kako se iz tabičnog materijala vidi razdijelili smo ga u tri veće grupe.

U prvom redu su u glavnome jasni slučaji tabesa, koji se prema simptomima — ne toliko uvijek svojim tokom — ne razlikuju bitno od tabesa nastalog od sporadičnog luesa (slučaj 5—25). Druga su grupa slučajevi tabesa, koji se odlikuju svojim rudimentarnim simptomima i atipičkim tokom (slučaj 26—37). Na kraju je treća grupa, koja je karakteristična simptomima vrlo sumnjivim za tabes, te smo često bili u neprilici, da li bi radije slučaj pridružili cerebralnome zaliječenom luesu ili vrlo blagom rudimentarnom i stacionarnom tabesu (slučaj 38—44). Da se pri toj ocjeni mogla pored toliko nejasnog materijala dogoditi i griješka, dopuštamo vrlo rado; pored kliničkih simptoma u mnogim bi nam slučajevima nalaz likvora vjerojatno objasnio nejasnu situaciju. Na žalost nam je baš on često falio, jer je punkcija bila iz raznolikih razloga odbijena. No imali smo na umu i tu činjenicu, da je likvor kod običnih stacioniranih i rudimentarnih tabesa neobično često gotovo sasvim ili sasvim negativan. Pogotovo kod onih sa dugim i sporim tokom i razvitkom te sa dugom latencijom. Iako smo sami pregledali zapravo nekoliko hiljada ljudi, te iako je velika grupa ljudi kod druge ankete iz koje smo sami još izabirali bila već prije izabrana između još većeg broja ljudi, te na kraju iako smo pridružili klinički materijal, koji je defakto nastao vrlo velikom selekcijom, činit će nam se broj slučajeva tabesa vrlo velik, pogotovo ako im pridružimo još i sumnjive na tabes. Zato je opravdano pitanje, da li se po nekad nije radilo o kakovom pseudotabesu. Pri takovoj pretpostavci pitali smo se o kakovom pseudotabesu bi se moglo raditi. Jedna od prvih mogućnosti bila bi alkoholični polineuritični pseudotabes. Za taj bi govorili simptomi: česte neuralgične boli u ekstremitetima, osobito u gornjima, dosta trome zjenice na svijetlo i akomodaciju, te gotovo uvijek prisutni poremećaji u refleksima donjih i gornjih ekstremiteta. No u krajevima, gdje smo vršili preglede, osobito u prvoj anketi, nema toliko alkoholizma, već i iz vjerskih razloga (većinom muslimani!). Osim toga je to živalj i vrlo siromašan, a anam-

nestička ispitivanja nisu nam dala nikakve podatke o alkoholizmu. Taj živalj je više sklon jakom kroničnom nikotinizmu. No nije nam poznato, da bi ma i jako i dugotrajno pušenje izazvalo ovakove teške intoksikacione polineuritične simptome, iako nikotin, nema sumnje, napada i periferni živčani sistem. Osim toga smo nalazili te simptome i kod mlađih ljudi, koji nisu tako dugo pušili, premda u tim krajevima počinju ljudi vrlo rano da puše. Druge intoksikacione mogućnosti otpadaju. Od tih drugih još smo uzimali u obzir pelagru. Od infekcija došle bi u obzir razne infekcije slične reumatičnim, koje uzrokuju akutne i kronične polineuritide. No za tu mogućnost su nam falili neurološki nalazi (mlohave uzetosti ekstremiteta, smetnje senzibiliteta, paralize, osobito peronealnih grupa mišića, osjetljivosti perifernih živaca itd.). Sa više opravdavanja moglo bi se pomišljati na kronične luetične meningomijelitide, koje su se zaliječile i prolazile u nekako blagim ambulantnim formama. Sa potpunom sigurnošću u nekim slučajevima ne možemo ni to da odbijamo, tim više, što je jedan simptom bio dosta napadan, a to su vrlo jake česte noćne glavobolje, koje smo našli kod 38% naših slučajeva, a koje bi mogle govoriti za meningitični subakutni ili kronični luetični proces. Tim više što znamo, da su glavobolje inače kod običnog tabesa začudo dosta rijetke.

U nizu pseudo-tabesa treba da spomenemo i takozvani Adiev sindrom. Taj se sastoji iz pupilotonije, tj. izvjesne ukočenosti zjenica kombinirane sa ugaslim refleksima donjih ekstremiteta neluetične prirode. Prema Kehreru nije to zasebna bolest, nego se ima smatrati kao defekt poslije raznih neluetičnih oboljenja (encefalitis, trauma, difterija, škrlet, avitaminoze i t. d.). Pored tako blize vjerojatnosti luetične infekcije teško nam je u našim slučajevima Adiev sindrom uzeti u obzir.

Pregledamo li sve slučajeve tabesa po njihovim simptomatološkim sindromima to nalazimo, da se slučajevi 5, 6, 9, 11, 14, 17, 21, 22, 23, 34 i 25, a donekle i slučajevi 19, 16 i 13, ne razlikuju klinički, a većinom ni serološki ništa od sindroma tabičnih nastalih od sporadičnog luesa. Tu činjenicu ističemo ovdje s naročitim razlogom, jer se svrdilo sa strane nekih istraživača (Glück, Fleger itd.), da uopće nema tabesa nastalog od endemijskog luesa u Bosni. Ostali slučajevi, kako sam već spomenuo nisu toliko karakteristični, ali ne mogu svojom antipičnošću promijeniti ili oslabiti gornju tvrdnju. Naprotiv, mogu je samo potvrditi, jer gdje imade tabesa tipičnih, tamo ih imade i atipičnih, a prema navodima Nonnea i drugih unazad 30 godina sve više i češće.

Naša 4 klinička slučaja bila su po intenzitetu simptoma najbolje izražena, što je i razumljivo. Za to su tražili i lijeka u bolnici i bili su ovamo upućeni. A i osim toga su iz krajeva, koji su bliže kojem živčanom odjeljenju ili klinici nego ostali. Slč. 25. uzimamo samo s tom pretpostavkom, da su navodi bolesnika anamnestički bili posve vjerodostojni i istiniti. S obzirom na sve drugo, što nam

je iznio iz svog života i s obzirom na to, što nemamo nikakovih ni medicinskih ni etičko-socijalnih razloga da mu ne vjerujemo, uvrstili smo ga u naš materijal endemijskog luesa. Neke teže i izražene slučajeve tabesa nismo ni dobili na pregled u ambulanti naše ankete, nego smo ih nakon ispitivanja po iskazima nekih obrazovanijih seljaka našli u kućama dosta daleko od ceste. Da je bilo mogućnosti možda bi ih našli po razbacanim kućicama po planinama i ispod planina rejona naše ankete još i više. Razumljivo je zato, da praktični liječnici u ovim krajevima dijagnosticiraju često neuritide, atritide i mialgije, jer dolaze s pretpostavkom, da nema tabesa. U prijašnja vremena, a naročito ona prije Wassermannove ere i punkcija takove su dijagnoze mogle biti češće. Kako pak pacijenti zbog siromaštva ostaju kod kuće na liječenju, ne bivaju im pregledane ni zjenice ni refleksi, ni krv, a o likvoru da i ne govorimo. Kako su se prilike u tom pogledu popravile, nalaz tabesa, a i paraliza, bit će češći baš kao i primarnih afekata, aortitida, parenhimatoznih keratitida, za koje se prije također tvrdilo da ih nema.

U simptomatologiji našega tabesa prevladavao je trias: poremećaji zjenica, refleksa i tabične atrofije. Za razliku od Beringerovih slučajeva, gdje su mjesto atrofija, kojih je našao nešto manje, prevladavali senzitivni podražajni simptomi i lancinirane boli i krize. Ovi su kod nas tek na četvrtom mjestu.

Brojnost i vrsta simptoma vidi se najbolje iz ove skrižaljke:

1.	Poremećaji zjenica (anizokorija, mioza, midriaza, jednoga ili obadva oka)	85%	(34 slč.)
2.	Reflektorna ukočenost na jednom ili oba oka. (Argyl Robertson-ov fenomen)	25%	(9)
3.	Reflektorna tromost na jednom ili oba oka . . .	78%	(31)
4.	Atrofija nervi optici genuina (većinom sigurna, a samo djelomično vjerojatna)	25%	(18)
5.	Strabismus divergens ili konvergens	2.5%	(1)
6.	Ptoza	0%	(0)
7.	Pareze facialisa	2.5%	(1)
8.	Vrlo oslabili ili ugasli refleksi patelarni, jedno ili obostr.	86%	(35)
9.	Vrlo oslabili ili ugasli refleksi Ahilovih tetiva, jedno ili obostrano	85%	(34)
10.	Lancirane boli u ekstremitetima ili pasu	37.5%	(15)
11.	Krize	2.5%	(1)
12.	Poremećaji mjehura	5%	(1)
13.	Objektivni poremećaji senzibiliteta	10%	(4)
14.	Ataksija	12.5%	(5)
15.	Potpuna ataksija	2.5%	(1)

16. Artropatije 5% (2)
17. Druge trofične smetnje 0% (0)
18. Glavobolje 35% (14)

Sa Beringerovima slučajevima je zajednička pojava rijetkost atakti̇čnih slučajeva kao i rijetkost trofičnih smetnja. Razlika je pak u tome, što je kod njega bilo češće smetnja mjehura i podražaja senzitivnih. Ovo se posljednje dade tumačiti time, što su naši pregledi, vjerojatno zbog kratkoće vremena u kojem su pregledane tolike množine ljudi, bili s obzirom na ispitivanje senzibiliteta defektniji od Beringerovih, koji je za to imao daleko više vremena. On je naime od prilike u dvostruko toliko vremena pregledao jedva isti broj ljudi kao mi.

Prema simptomima prevladavao je lumbodorzalni tip oboljenja, a samo u nekoliko slučajeva (slučaj 17, 24, 27, te ev. i 37) možemo govoriti o takozvanom tabes superior bez osobitih poremećaja donjih dijelova tijela.

Od specijalnih komplikacija treba da istaknemo još dosta čestu pojavu gumoznih ožiljaka pored nervnih simptoma (15% u 6 slučajeva). Mi nismo mogli redovno utvrditi, da li su ti ožiljci bili već prije prvih tabičnih simptoma, ili su se javljali u toku polaganog razvitka tabesa. Arzt i Fuhs su pojavu gumoznih procesa utvrdili kod neuroluesa (lues cerebrospinalis, tabes dorsalis, progresivna par.) 4,5%. Ta pojava ne bi dakle značila ništa osobito novoga. Ona se javlja u toku razvitka tabesa kao znak specifične alergije ili takozvanog tercijariziranja (Gerstmann) kako to neki autori nazivaju tj. skretanje od neuroluesa prema tercijarnom luesu. Zapažena je i pri liječenju tabesa i progresivne paralize malarijom, te se smatra promjenom maligne forme tih oboljenja u benignu.

O prvoj pojavi tabičnih simptoma nismo sa sigurnošću mogli saznati. Obično su prvi simptomi subjektivni, t. j. boli i parestezije, ili slabljenje vida. U većini je bio stereotipan i nesiguran odgovor: nekoliko godina ili ukratko ima dugo. Na takovu nesigurnost vremena i podataka o prvim simptomima pokazuje i Beringer koji je utvrdio vrijeme od prvih početaka subjektivnih simptoma vrlo različno: 1—15 godina. Za naše slučajeve vrijedilo bi to isto. Jednako tako nismo mogli redovno utvrditi ni vrijeme primarne infekcije. Mogli smo po nekad utvrditi, da su bolesnici vjerojatno oboljevali od primarnoga afekta u tonzilama ili ev. uopće u grlu, jer im je za neko vrijeme pred više godina uzet bio glas. Drugi su govorili o nekim ranicama na usni, jeziku, ili da im je nekad natekao vrat. Vjerojatno je svakako, da je infekcija bila u većini slučajeva ekstragenitalna i oralna i da je bila obično prije nego što vidamo kod sporadičnog luesa. Svi ti primarni afekti prolazili su u većini slučajeva vrlo malo zapaženi, ili uopće nezapaženi. Ono malo pojedinih detalja o tome zabilježeno je kod pojedinih bolesnika, tako na pr. osobito jasno kod slučaja 22.

Iz navedenih razloga sasvim je razumljivo, zašto ne možemo kod naših slučajeva točnije govoriti o latenciji ili dobi inkubacije, t. j. o intervalu između infekcije i prvih pojava tabičnih simptoma. Obično se to računa kod tabesa 5—10 ev. i do 15 godina. Kod naših slučajeva je interval bio možda nešto veći.

Poprečna starost kod naših slučajeva iznosila je oko 38 godina. Prema decenijima bili bi slučajevi ovako raspoređeni:

do 20	20—30	30—40	40—50	50—60	60—70 i dalje
2 (5%)	7 (17·5%)	10 (25%)	10 (25%)	7 (17·5%)	4 (10%)

Poprečna doba prvih pojava tabesa bila bi kod naših slučajeva između 30 i 35 god. To bi također odgovaralo donekle prilikama i kod običnog tabesa.

Hauptmann je za obični parenhimatozni lues (P. p. i Ta.) utvrdio, da se prije razvija što je stariji individum kad se primarno inficira. Tumačio je to kao i Meggendorfer, a donekle i Willmans sa slabljenjem otporne snage organizma, a naročito živčanog sistema prema spiroheti. Mi na to vrlo interesantno i važno pitanje ne možemo sa sigurnošću odgovoriti na osnovu podataka iz našeg materijala. Velika je vjerojatnost, da kod većine našeg materijala pada prva infekcija u razmjerno rano doba. Uza svu tu ranu infekciju pojave bolesti padaju razmjerno kasno, vjerojatno do šestog decenija, iako bi se kod tih objektivno našli simptomi više godina ranije, da su se kojim slučajem pregledavali. Čini se zato dakle, da kod našeg materijala nije starije doba dolazilo mnogo u obzir kao doba infekcije i da su se s obzirom na taj fakt tabični simptomi razvijali polagano i sporo, trebajući duže vremena do prvih manifestnih simptoma. Willmans je pored slabljenja otporne snage kod starijih primarno inficiranih naveo i antiluetičnu terapiju za razlog bržeg razvitka tabičnih simptoma. Naš materijal je premalen, da bi se mogli precizno osvrnuti na tu tvrdnju, no faktično je većina naših slučajeva bila uopće neliječena ili tek na početku liječenja. Prvih 5 slučajeva nije uopće bilo liječeno. A veliki dio drugih su bili liječeni nedovoljno i neredovito, često samo sa bismutom i jodom ili nekoliko injekcija neosalvarsana. Willmansova se teza prema našim slučajevima ne može nikako opravdati, niti nam se čini dovoljno obrazložena.

Iz gornjih konstatacija nameće nam se pitanje, da li je tabična slika, zbog toga što se u većini slučajeva javila kasno poslije infekcije, blaža nego u drugim slučajevima, gdje je izbila brzo poslije infekcije. Na to pitanje možemo samo s nekom vjerojatnošću pozitivno odgovoriti. Fakat jest, da je kod jednog dijela slučajeva slika bolesti isto tako, kao što smo vidjeli kod p. p., blaža, često atipična i rudimentarna. Da li ta rudimentarnost i atipičnost imade uzrok samo

u tom kasnom i polaganom razvitku, teško je sasvim potvrditi. Vjerojatnije će biti, da to polagano razvijanje kao i rudimentarna slika zavise od jednoga zajedničkoga važnoga faktora, koji je u uskoj vezi sa faktorom, koji uvjetuje uopće razvitak parenhimatoznoga luesa.

Jedan od najkompetentnijih u pitanju luesa nervnog sistema, Nonne, konstatira u svom poznatu djelu o neuroluesu, da se i kod običnog sporadičnog luesa opaža, da broj atipičnih rudimentarnih ili inperfektnih tabesa postaje sve veći. On takovim tabesima posvećuje čak i zasebno poglavlje. Interesantno je, da je ta pojava zapažena i ranije, te da »Société de neurologique« već god. 1911. diskutira o »formes frustes« tabesa, ne došavši do nekog preciznog i jasnijeg rezultata. Nonne je mišljenja, da toj pojavi nije samo razlog u intenzivnom liječenju luesa, jer da su se mnogi od tih slučajeva javljali i tamo, gdje lues nije naročito liječen ili čak i nikako. Možda je češći razlog u tome, da se takav atipični tabes, koji je pored toga često i stacionaran, više dijagnosticira nego prije. To sve uostalom vrijedi manje više i za naše slučajeve. Prema tome bi pojava atipičnih slučajeva bila opća karakteristika luesa, a ne samo endemijskog.

Od svih naših slučajeva tabesa naučno nam je najvažniji slučaj 23 i to zato, jer imademo, koliko mi je poznato prvi put, patološki anatomski utvrđen tabes uslijed našeg bosanskog endemijskog luesa. Sam slučaj je klinički i biološki i anatomsko-histološki toliko karakterističan, da ne postoji nikakova sumnja u dijagnozu tabesa. Šteta samo što nemamo još detaljniji histološki nalaz cijelog centralnog živčanog sistema. To je radi toga, što u vrijeme kad je pacijent obduciran i histološki pregled izvršen nije bilo pomišljano na endemijski lues. Anamnestički podatci o infekciji nisu sasvim precizni. No bolesnik je odbijao svaku genitalnu infekciju; a nije se mogao naći ni bilo kakav ožiljak na penisu, a osim toga je odrastao i živio u kraju i selu sa vrlo razvijenim endemijskim luesom. Pored toga prebolio je tercijarni lues na tipičnom mjestu, kako to mnogi i mnogi slučajevi poslije endemijskog luesa preboljavaju, na ždrijelu, uvuli, koja mjesta su bila defektna i ispunjena ožiljcima. Ovi su histološki utvrđeni kao ožiljci po tercijarnom luesu. Histološki nalaz na meduli govorio je za tipični tabični proces degenerativni u snopovima Goll-ovom Burdach-ovom i nije se razlikovao ni u čemu od nalaza kod tabesa nastalog uslijed sporadičnog luesa. Mozak na žalost nije bio histološki pregledan. Interesantan je pored ostalog patološko-anatomski nalaz mesaortitisa, koji prijašnji ispitivači endemijskog luesa nisu također nalazili, pa i tvrdili da ga nema (Fleger). Iz ovog slučaja se vidi, da mesaortitis može postojati, a da se klinički ne mora uvijek manifestirati suviše izraženim simptomima.

Nalaz u likvoru nije od tolike eminentne važnosti za dijagnozu tabesa, kako je to kod progresivne paralize. Važan je više za tok i težinu same bolesti.

Na žalost nam ne može da posluži tolikom sigurnošću ni za sigurnost dijagnoze, ni za ocjenu težine bolesti. Opće je poznata činjenica, da imade slučajeva sa vrlo teškom kliničkom slikom, a razmjerno negativnim nalazom, te s druge strane, da imade lakih kliničkih slika sa teškim nalazom u likvoru. Ta nesigurnost je naročita kod kroničnih, osobito već liječenih slučajeva, a svakako naročito kod već spomenutih stacionarnih i atipičnih slučajeva. Ne možemo govoriti sa sigurnošću o koreleaciji nalaza prema toku bolesti ni prema simptomatologiji. Rudimentarni i atipični slučajevi u kliničkoj slici imadu obično ipak i negativni nalaz ili barem nalaz siromašan.

Od 5 potpuno neliječenih prije pojave tabičnih simptoma, u koliko smo to dakako mogli s nekom sigurnošću utvrditi, punktirano je četvero. Kod troje je broj stanica nepovećan, a kod slučaja br. 6 bio je taj broj stanica napadno velik (200); kod toga slučaja su bile i globulinske reakcije i sveukupna bjelančevina povećane. Zlatna reakcija je pokazivala dosta tipičnu tabičnu krivulju. Slične su bile globulinske reakcije i u drugim slučajevima osim slučaja 9, gdje je zlatna reakcija bila plitka. Nalaz je izuzimajući br. 6 govorio za kronični višegodišnji degenerativni proces te za stacionarnu formu tabesa. Povećani broj stanica kod slučaja 6 teško možemo rastumačiti; možda se radilo o egzacerbaciji meningealnog upalnog procesa. Klinički nismo za to našli izraženih simptoma, osim jake glavobolje, koja dakako može biti simptom takove egzacerbacije.

Krv je bila pozitivna po WaR. u tri slučaja, a u jednom negativna (slučaj 8). Taj je slučaj inače interesantan sa dosta dubokom zlatnom krivuljom i ožiljcima iza tercijarnog luesa.

Od 12 slučaja liječenih prije pojave tabesa punktirano je samo 5. Od tih su dva slučaja (11. i 14.) imali najkarakterističnije nalaze. Kod slučaja 11, koji je imao u anamnezi sekundarni egzantem i koji je imao atrofiju vidnog živca, nalaz u krvi je bio negativan, broj stanica nije bio povećan, ali je cjelokupna bjelančevina bila povećana. Globulinske reakcije su bile pozitivne, a zlatna reakcija je pokazivala paralitičnu krivulju. Slučaj 14 nam je jedan od najtipičnijih slučajeva po svojoj cijeloj kliničkoj slici i ako je 70 godina star. Čak imade i artropatiju. Pa ipak je krv bila negativna po BW., a broj stanica gotovo nepovećan, cjelokupna bjelančevina skoro 1,0‰, globulinske reakcije vrlo pojačane, a zlatna reakcija sa paralitičnom krivuljom. Ni pri ovim dosta tipičnim kliničkim slikama, kod kojih se o tabesu ne može ni sumnjati, nije bilo prave koleracije, kliničkih i bioloških simptoma. Kod ostalih triju slučajeva bili su nalazi likvorski bizarni i ni malo u korelaciji sa krvnim nalazom. Tako je u slučaju 16 i 21 krv bila pozitivna, a likvor u glavnom negativan, osim nešto dublje krivulje zlatne reakcije u slučaju 21, a u slučaju 19 su krv

i likvor bili negativni. Krv je bila kod nepunktiranih pozitivna u 5 slučajeva, u jednome negativna, a u jednom slučaju nije vađena.

Vrlo su interesantni nalazi u četiri klinička slučaja. Krv je u sva četiri slučaja bila vrlo pozitivna, po BW. jednako tako je bilo sa BWR u likvoru; povećanje stanica je bilo u slučaju 22 razmjerno veliko (120), u ostalim nikakovo. Globulinske reakcije i cjelokupna bjelančevina bile su jako pozitivne, a zlatna reakcija je kod sva tri slučajeva pokazivala paralitičnu krivulju do bijeloga. U sva tri ova slučaja je bila korelacija između bioloških nalaza i simptoma prilično dobro izražena, te se ovi slučajevi ni u tome nisu razlikovali od običnih tabesa.

Od 12 rudimentarnih slučajeva bilo je punktirano samo 6. Nalazi kod polovice slučajeva 31, 33 i 35 su u likvoru bili pozitivni. Tu i tamo kod nekih bila je povećana sveukupna bjelančevina. Slučaj 31 je imao tipičan nalaz za tabes, ali uz to ipak negativan BW u krvi, iako je imao aortitis. Slučaj 33 je imao povećan broj stanica uz odgovarajući tome nalaz — povećanu cjelokupnu bjelančevinu, globulinsku reakciju i takozvanu paralitičnu krivulju u zlatnoj reakciji. Postoji mogućnost, da je bila bolest u stanju egzacerbacije. Slično je bilo i kod slučaja 35. Kod nepunktiranih bila je krv u svih 10 slučajeva negativna.

Od 7 sumnjivih slučajeva na tabes punktirano je bilo 6, od tih je svih 6 slučajeva bio nalaz dosta tipičan za tabes. To je interesantan fakt tim više, jer su slučajevi 38 i 43 imali ožiljke iza tercijarnog luesa. Krv je bila samo u 3 slučajeva pozitivna po BW. u 3 negativna, u jednom nije vađena.

Iz nalaza u likvoru, a s time u vezi i iz nalaza u krvi, moramo zaključiti, da su nalazi samo djelomično tipični, t. j. da samo jednim dijelom odgovaraju nalazima, kako to nalazimo kod neliječenih tabesa poslije sporadičnog luesa. Većina nalaza je atipična, gdje se međusobno ne slažu ni pojedine reakcije, a i pozitivni nalazi su dobrim dijelom vrlo rudimentarni. Baš kao što je utvrdio B e r i n g e r, ne može se ni kod našeg materijala naći prava korelacija između težine bolesti, njezinog toka i nalaza u likvoru. Neobično je kod tih nalaza osobito to, da je tih rudimentarnih i atipičnih velik broj, iako je poznato, da su likvorski nalazi i kod liječenih i starih slučajeva tabesa uopće često takovi. A ti rudimentarni nalazi odgovaraju kod naših slučajeva velikim dijelom i njihovim rudimentarnim i atipičnim kliničkim slikama. Vrlo je vjerojatno, da su slučajevi sa tako rudimentarnim nalazom u likvoru većinom stariji slučajevi. B e r i n g e r je utvrdio, da su svi njegovi slučajevi, koji su imali negativan nalaz u likvoru, bili iznad 45 godina.

Kod naših slučajeva nismo mogli utvrditi tu poprečnu godišnju granicu: kod naših negativnih i pozitivnih bilo je podjednako razdijeljenih do 45. i od 45. godine.

LUES CEREBRI

Sasvim je shvatljivo, da postoje pored tabesa i p. p. i druge forme cerebraspinalnoga luesa, kojih je patogeneza sasvim druga i pri kojima ne pati toliko cerebrospinalni parenhim, već u prvom redu krvne žile i vezivno tkivo. Egzistencija takovih nije bila zapravo predmetom velikih prijepora i diskusija pri endemijskom luesu, kao što je to slučaj sa parenhimatoznim formama, iako se je tvrdilo, da su i ti slučajevi cerebralnog luesa vrlo rijetki, ili negdje da i tih nema. U našem materijalu ne možemo, razumije se, dokazivati i iznositi sve moguće forme cerebralnoga luesa, koje se javljaju u sekundarnoj i tercijarnoj dobi, ali će se ovdje iz našeg materijala vidjeti, da je broj oboljenja cerebrospinalnoga tipa dovoljno zastupan. Svakako imade svoje naročite karakteristike, kao što ga imade i parenhimatozni pri endemijskom luesu, ali te karakteristike ne razlikuju se toliko u formi simptoma, koliko eventualno u tempu razvitka ovih i tempu cjelokupne bolesti. A ni taj tempo nije sasvim drukčiji kod svih slučajeva.

Da počnemo sa najeklatantnijim slučajevima:

Manifestni lues celebri (Lues florida).

Slučaj 45. M. I. iz Tuzle, 36 godina, poriče svaku veneričnu infekciju. Bio je u dva maha na živčanoj klinici na liječenju.

Prvi boravak (13. XII. 1934. — 23. II. 1935). Bolest je počela 1933. sa motornim podražajima lične muskulature, koji su trajali po 3/4 sata i uslijed kojih nije mogao da govori. Osim toga su se pojavljivali grčevi cijele desne strane Jacksonovoga tipa. Ti grčevi su poneki puta se kombinirali lakim ili težim poremećenjem svijesti i padom na zemlju. Objektivno je postojala desna lagana hemipareza, laki tremor ruku više desno nego lijevo. Hod nešto nesiguran, osjet u redu, zjenice reagiraju na svijetlo i akomodaciju, fundus u redu. Simetrična inervacija lica, jezik plazi u sredini, patelarni refleksi desno jači nego lijevo, refleksi Ahilovih tetiva u redu. Psihički intaktan.

Humoralni nalaz: Krv B. W. R., kao i sve druge reakcije vrlo pozitivne. Likvor: Stanica 60/3 S. B. 0.60‰ N. A. P. vrlo pozitivni B. W. R. i druge reakcije vrlo pozitivne. Zlatna reakcija 6666666666432.

Terapija: Malarija sa antiluetičnom kurom. Bolesnik je u poboljšanom stanju na 23. II. 1935. nakon dva i po mjesečnog boravka otpušten kući.

Drugi boravak: 6. VI. do 6. VII. 1936. Cijelo vrijeme bio je bez epileptičnih napadaja. Hemipareza se gotovo sasvim popravila, očni nalaz kao i ranije. Duševno je bio isti.

Slučaj 46. B. S. iz Bolja, 46 godina star, liječen u vrijeme rata. Prije dvije godine apoplexia cerebri sa konzekutivnom lijevostranom hemiplegijom. Zjenice sasvim ukočene na svijetlo, nešto tromije na akomodaciju, miotične. Refleksi gornjeg lijevog ekstremiteta i donjeg lijevog ekstremiteta daleko više pojačani nego desno. Pri hodu tipično cirkumducira lijevom nogom. Lijevi facialis nešto slabiji. Krvni tlak L. R. 145. Poslije toga liječen bizmutom i jodom.

Humoralni nalaz: Krv pozitivna po M. Likvor nije vađen, jer je bolesnik odbio punkciju.

Slučaj 45 i 46 su primjeri klasičnog floridnog cerebralnog luesa u dvije njegove forme. Slučaj 45, koji je bio klinički bolesnik, je izražena slika meningoencefalitičnog cerebralnog

luesa, sa Jacksonovim napadajima, hemiparezom i kompletnim humoralnim pozitivnim nalazom, kako to već dolazi kod te forme cerebralnog luesa. S obzirom na negativni psihički nalaz nismo dijagnosticirali progresivnu paralizu iako smo i na nju sumnjali, naročito na Lissauerov tip. Na terapiju je bolesnik dobro reagirao i neurološki status se bitno popravio. Biološki samo djelomično. Interesantan je i važan iskaz bolesnika, da je stalno živio unutar familije, gdje je bilo više slučajeva oboljenja, koji po opisu sasvim sigurno odgovaraju sekundarnom i tercijarnom luesu; poriče svaku genitalnu infekciju kao i seksualni kontakt izvan svoga kraja.

Slučaj 46 je primjer običnog vaskularnog cerebralnog luesa (endarteritida), koji se manifestirao sa tipičnim apoplektičnim insultom i konsekutivnom hemiparezom. Humoralni nalaz nam nije bio potpun, ali znamo iz iskustva, da je likvor vrlo često negativan i uz pozitivnu krv, ili skoro negativan po BW. kraj nepromijenjenog broja stanica, a ev. povišeni globulini. Ovaj slučaj je bio promatran za vrijeme prve ankete. Druga etiologija nije dolazila u obzir zbog dobe bolesnika i s obzirom na familiju u kojoj je živio, koja je bila zaražena endemijskim luesom i s obzirom na to, što je najenergičnije poricao genitalnu infekciju, te što nije bilo podataka za bilo koje drugo oboljenje.

Oba slučaja manifestnog cerebralnog luesa nisu se simptomatski ni u čemu razlikovali od takovih sindroma poslije infekcije sa sporadičnim luesom.

Lues cerebri sa gumoznim manifestacijama na koži i sluznici.

U slijedećem navodimo slučajeve cerebralnog luesa uz kojeg postoje još i djelomično manifestne floridne pojave tercijarnog luesa (gume) ili ožiljci poslije ovih. Na žalost nije bio u svim slučajevima vađen likvor, da bi si mogli bolje stvoriti sliku cerebrospinalnih promjena, i njihovog odnosa prema tercijarnim pojavama. Nalazi u krvi su vrlo različiti, kako to uostalom pri takovim slučajevima i biva. Interesantni su anamnestički podatci kod četiriju slučajeva o primarnim afektima ovih bolesnika, a koje smo mogli sa velikom vjerojatnošću utvrditi. U slučajevima naime 49, 50, 51, 52, 54 izgleda, da je prema navodima bolesnikovim bio primarni afekt u grlu najvjerojatnije na tonzilama, kako smo to već prije naveli kao najčešću formu primarne afekcije endemijskog luesa.

Slučaj 47. J. P. iz Karaule, 30 godina. Glavobolje, bolovi uzduž ekstremiteta; cicatrices luetices nasi, ephipharingis et mesopharingis, sedlasti defektuozni nos; egzulcerirane gume, periostitis gumosa.

Anizokorija, lijeva zjenica miotična i potpuno ukočena na svijetlo, desna neokrugla. Refleksi patelarni i Ahilovih tetiva dadu se izazvati.

Humor. nal.: Krv negativna. Likvor nije vađen.

Slučaj 48. S. Š. iz Dedića, 20 godina. Teške noćne glavobolje, no i po danu i u ekstremitetima. Angina luetica gumosa. Zjenice vrlo tromo reaguju na svjetlost. Refleksi patelarni i Ahilovih tetiva vrlo živahni.

Humor. nal.: Krv B. W. R. negativna. Likvor stanica 10/3 S. B. 0.37‰ P. pozitivna N. A. negativna. Zlatna reakcija negativna.

Slučaj 49. J. Z. iz Kljaka, 30 godina. Guma exul. palati mollis et duri; sedlasti nos; perforatio nasi luetica. Prve pojave (promuklost) prije pet godina. Liječena redovito. Zjenice nepravilne i reagiraju vrlo tromo na svijetlo. Strabismus convergens. Refleksi vrlo živahni.

Humor. nal.: Krv po B. W. R. vrlo pozitivna. Likvor: stanica 2/3 nepovećana bjelančevina P. N. A. negativni. Benzova reakcija 000002222000000.

Slučaj 50. M. S. iz Bukovice, 24 godine. Bolovi u ekstremitetima, nesvjestice, promuklost prije pet godina, primarni afekt. Liječen neredovito. Periostitis tibiae luetica. Zjenice anizokorične nepravilne, slabo reagiraju na svijetlo.

Humor. nal.: Krv po B. W. R. pozitivna. Likvor nije vađen.

Slučaj 51. R. M. iz Bukovice, 52 godine. Obolio prije rata sa promuklošću (primarni afekt). Liječen neredovito. Perforatio septi nasi, rhinitis atrophicans luetica; zjenice neokrugle anizokorične reagiraju tromo na svijetlo. Refleksi u redu.

Humor. nal.: Krv po B. W. R. negativna. Likvor nije vađen.

Slučaj 52. S. D. iz Jezerca, 35 godina. Promuklost (vjerojatno primarni afekt) u ranoj mladosti. Bolovi u ekstremitetima i nesvjestice. Guma cutaneum serp. crur. dex. Anizokorija. Zjenice reagiraju tromo na svijetlo. Patelarni refleksi i Ahilovih tetiva dadu se izazvati.

Humor. nal: Krv vrlo pozitivna. Likvor nije vađen.

Slučaj 53. A. H. iz Sažića, 40 godina. Luetični ožiljci na obim nadlakticama i u farinksu. Liječen je redovito Zjenice reagiraju tromo na svijetlo, anizokorične su. Refleksi u redu.

Humor. nal: Krv + Likvor nije vađen.

Slučaj 54. A. B. iz Vrsa, 30 godina. Bolovi u glavi i u ekstremitetima. Promuklost u anamnezi. Ožiljci na koži i u farinksu luetične prirode. Zjenice reagiraju vrlo tromo, anizokorične. Refleksi u redu.

Slučaj 55. R. S. iz Klokota, 60 godina. Guma cranii. Zjenice diferentne, reagiraju vrlo tromo na svijetlo. Refleksi u redu.

Humor. nal: Krv Müller i Kahn vrlo pozitivni, M. i B. W. R. pozitivni. Likvor: B. W. R. i Müller negativni, stanice 15/3 S. B. 0.18‰ N. A. P. negativna.

Slučaj 56. V. I. iz Bihaća, 27 godina. Više puta liječen. Chorio-retinitis luetica o. u.; scleritis luetica o. d. Refleksi u redu. Anizokorija.

Humor. nal: Krv po B. W. R. pozitivna. Likvor: po B. W. R. +— stanica 3/3 S. B 0.14‰ N. A. P. X. je pozitivan. Zlatna reakcija: 031004000.

Slučaj 57. Č. V. iz Ripača, 22 godine. Gumata sanata permagna. Defekt uvule. Zjenice midrijatične, izobličene, neizdašno reagiraju na svijetlo.

Humor. nal.: Krv pozitivna. Likvor: stanica 40/3 S. B. 0.18‰ likvor teče pod vrlo povećanim tlakom.

Kako se vidi, slučajevi, 48, 49, 52, 55, 56 pokazuju još svježe tercijarne pojave uz cerebralni lues. Ostali slučajevi imadu brazgotine gumene uz latentni cerebralni lues. Bolesnici su prema starosti vrlo različiti od 20 pa do 50 godina. Gumozne promjene imadu, kako se vidi, naročiti afinitet prema nazofaringealnom dijelu glave.

IZOLIRANJE PUPILARNE SMETNJE.

Najveću grupu cerebralnoga luesa (slučaj 58—108) sačinjavaju slučajevi seropozitivni i seronegativni, gdje nam je za dijagnozu glavni sindrom bio poremećaj zjenica. Tu mislimo na anizokoriju, formu zjenica te reakciju na svijetlo i konvergenciju. U velikom broju slučajeva nije ni bilo drugih simptoma, a ipak smo se odlučili za dijagnozu cerebralnog luesa. To smo učinili zato, što taj poremećaj u području floridnog i vrlo raširenog endemijskog luesa nismo

nikako mogli, a mislim i nikako smjeli, drukčije rastumačiti. Svakako smo pazili pri ocjeni nalaza na to, da ne bi malene promjene u formi i jačini reakcije, kao što to dolazi i kod zdravih ljudi, krivo označili i neumjesno upotrebili. Nastojali smo, da budemo što tačniji, te smo se međusobno — neurolog i okulista — kontrolirali i nadopunjavali. Reakciju na svijetlo nastojali smo da pregledamo u što tamnijem prostoru sa džepnim električnim svjetiljkama. Dobro je istakao Beringer, da je višekratno i oprezno ispitivanje bilo potrebno zbog psihičkog utjecaja, jer je strah, neraspoloženje i stid kod bolesnika kočio zjenice, te su one ponekad tek poslije nekog vremena i sticanja povjerenja pravilno reagirale. Navedeni slučajevi poremećenih zjenica su po našem mišljenju velikim dijelom zaliječeni slučajevi cerebralnoga luesa, koji je prošao bez većih turbulentnijih simptoma, dakle opet u glavnom atipično i rudimentarno. Interesantno je, da se i veliki broj naših bolesnika žalio osobito na čestu i tešku raniju ili kasniju glavobolju, koja je mogla biti simptom meningoencefalitične ili meningitične luetične afekcije u sekundarnoj ili tercijarnoj dobi. Kod drugog dijela, vjerojatno manjeg, bili su ti simptomi znaci još postojećeg meningitičnog ili meningoencefalitičnog luesa u rudimentarnoj formi, osobito onda, gdje su ovakovi simptomi kao glavobolja, serološki pozitivni nalazi i ev. drugi manje važni simptomi za to govorili. Na kraju je taj zjenični sindrom mogao biti i premonitorni sindrom budućeg tabesa ili progresivne paralize, koji su se prema čestoj formi polagano i bez većih simptoma razvijali.

H. Izorilane pupilarne smetnje seropozitivne.

Slučaj 58. M. B iz Hamanđića, 30 godina. Noćne glavobolje. Alopecia areata. Krvni pritisak R. R. 145/90. Zjenice gotovo sasvim u redu. Nešto anizokorične. Refleksi patelarni i Ahilovih tetiva vrlo živahni.

Humor. nal.: Krv po M. vrlo pozitivna. Po Kahnu pozitivna. Likvor: Stanica 6/3 S. B. 0.33‰ P. N. A. negativno. Zlatna reakcija: 0000c1120000.

Slučaj 59. J. Z. iz Karaule, 42 godine. Danje i noćne glavobolje, bolovi u ekstremitetima, nesanice, tu i tamo male nesvjestice. Liječen redovno dvije godine. Zjenice vrlo trome na svijetlost, bolje na akomodaciju. Refleksi patelarni slabiji nego Ahilovih tetiva. Miodenegeratio cordis.

Humor. nal.: Krv po M. pozitivna. Likvor: Cijeli nalaz negativan.

Slučaj 60. S. E. iz Fazlića, 40 godina. Zjenice vrlo tromo reagiraju na svijetlo, anizokorične. Patelarni refleksi i Ahilovih tetiva vrlo živahni.

Humor. nal.: Krv pozitivna po M. Likvor: Stanica 7/3 S. B. 0,17‰ Benzova reakcija 000012221000.

Slučaj 61. L. B. iz Orašca, 28 godina. Bolovi u glavi i u ekstremitetima. Liječen je neredovito. Zjenice neokrugle, trome, anizokorične. Chorio-retinitis luetica. Refleksi u redu.

Humor. nal.: Krv po M. +— Likvor: Stanica 3/3 S. B. 0.38‰ P. N. A. pozitivna. Zlatna reakcija 665543332100.

Slučaj 62. H. B. iz Stijene, 13 godina. Mati imade B. W. R. pozitivno i liječena je. Zjenice ukočene na svijetlo i diferentne. Refleksi vrlo živahni na donjim ekstremitetima. Psihički dosta sačuvan i razvijen.

Humor. nal.: Krv pozitivna po M. Wassermann-ova i druge reakcije negativne. Likvor B. W. R. negativna stanica 6/3 S. B. 0.17‰ N. A. i P. negativno. Zlatna reakcija negativna.

Slučaj 63. Ž. H. iz Krivaje, 40 godina. Imade neke koreatiformne pokrete. Zjenice su vrlo diferentne, nepravilno i slabo reagiraju na svijetlo. Refleksi živahni na donjim ekstremitetima.

Slučaj 64. F. B. iz Izačića, 15 godina. Lupus. Zjenice diferentne, vrlo trome na svijetlo, bolje nešto na akomodaciju. Refleksi u redu.

Humor. nal.: Krv po Mülleru i Kahnu pozitivna B. W. R. negativna. Likvor: B. W. R. i Müller negativno. Stanica 42/3 S B. 0.22‰ N. A. i P. negativni.

Slučaj 65. M. S. iz Bos. Petrovca, 50 godina. Liječena tri put. Zjenice su diferentne, neokrugle, ne reagiraju skoro ništa na svijetlo, bolje na akomodaciju. Refleksi u redu.

Humor. nal.: Krv po Kahnu i Mülleru pozitivna. M. negativna. Likvor negativan.

Slučaj 66. S. G. iz Bihaća. Zjenice anizokorične, nepravilne, reagiraju vrlo tromo, osobito desna, koja je gotovo ukočena. Refleksi u redu.

Humor. nal.: Krv po B. W. R. pozitivna. Likvor: B. W. R. negativna. S. B. 0,16‰ P. +. N. A. negativna. Zlatna reakcija 012210000000.

Slučaj 67. H. R. iz Gate, 47 godina. Glavobolje, zjenice izobličene, nejednake. Desna ukočena na svijetlo, lijeva vrlo troma. Meinicke, Kahn, i Müller pozitivni. B. W. R. +. Likvor B. W. R. negativan, Müller pozitivan, stanica 44/3 S. B. 0.18‰. N. A. i P. pozitivni.

Slučaj 68. G. H. iz Bihaća, 65 godina. Glavobolje, vrtoglavice i omaglice. Liječen neredovito. Lijevo ptoza. Anizokorija. Desna zjenica sasvim ukočena na svijetlo, lijeva gotovo sasvim. Na akomodaciju dosta dobro reagiraju. Refleksi na donjim ekstremitetima u redu.

Humor. nal.: Krv M. $\pm$ Kahn $\pm$ B. W. R. $\pm$ Likvor: B. W. R. i Müller negativni, S. B. 0,18‰. N. A. i P. negativni.

Slučaj 69. M. H. iz Stijene, 12 godina. Zjenice su diferentne i nepravilne, reagiraju vrlo slabo na svijetlo. Karakterno nešto alteriran. Refleksi živahni na donjim i gornjim ekstremitetima.

Humor. nal: Krv sve reakcije pozitivne. Likvor u svim reakcijama negativan.

Slučaj 70. U. B. iz Gate. Zjenice potpuno ukočene na svijetlo, trome i na akomodaciju. Refleksi na donjim ekstremitetima vrlo živahni.

Humor. nal: Krv pozitivna po W. R. Likvor: B. W. R. i Müller pozitivan. Stanica 9/3 S. B. 0.41‰. P. i A. pozitivno. Zlatna reakcija 012222210000.

Siliq. R. pozitivna.

Slučaj 71. Đ. Z. iz Zagrađa, oko 40 godina. Sedlasti nos, perforatio luetica septi nasi, rhinitis etilaringitis luetica. Očni i neurološki nalaz uredan.

Humor. nal.: Krv vrlo pozitivna. Likvor: Stanica 240/3. S. B. 0,49‰. N. A. pozitivno. P. pozitivno. Zlatna reakcija: 566444421000.

Slučaj 72. M. P. iz Poljanice, 3 7godina. Liječi redovito. Zjenice reagiraju nešto tromije, anizokorične. Papile obostrano nešto blijedje. Perforatio septi nasi luetica. Sedlast nos. Refleksi u redu.

Humor. nal.: krv BWR jako pozitivna, likvor: stanica 20/3, SB 0.18‰. Benzova reakcija: 0000002222211100.

Slučaj 73. M. N. iz Karaule, 60 godina. Glavobolje osobito noću i u ekstremitetima neredovito liječen. Zjenice nejednake, tromo reagiraju na svijetlost, refleksi patelarni i Ahilovih tetiva vrlo živahni. Očni fundus u redu.

Hum. nal.: Krv pozitivna po M. Likvor negativan.

Slučaj 74. O. T. iz Zagrađa, 37 godina. Glavobolje noćne i u ekstremitetima. Anizokorija, desna zjenica nepravilna, vrlo troma reakcija na svijetlost. Refleksi u redu.

Humor. nal.: Krv vrlo pozitivna, likvor nije vađen.

Slučaj 75. R. P. iz Gučje gore, 36 godina. Bolovi u ekstremitetima, liječen redovito. Zjenice reagiraju tromo na svijetlo, anizokorične.

Humor. nal.: Krv pozitivna po M., likvor nije vađen.

Slučaj 76. G. S. iz Brajkovića, 45 godina. Bolovi u ekstremitetima, zjenice nejednake, neokrugle, reagiraju tromo na svijetlo. Refleksi u redu.

Humor. nal.: Krv pozitivna po M.

Slučaj 77. M. J. iz Čukala, 40 godina. Bolovi u glavi, nesanica, nesvjestica. Liječen redovito. Zjenice reagiraju tromo, anizokorične. Refleksi u redu. Humor. nal.: Krv pozitivna po M., likvor nije vađen.

Slučaj 78. F. A. iz Brajkovića, 23 godine. Glavobolje, bolovi u ekstremitetima, nesvjestice. Zjenice anizokorične, reagiraju tromo na svijetlo.

Humor. nal.: Krv vrlo pozitivna po M., likvor nije vađen.

Slučaj 79. M. F. iz Mudrika, 28 godina. Leukoderma. Jake boli u noći u ekstremitetima i u glavi. Liječen neredovito. Zjenice reagiraju tromo, nejednake, refleksi u redu.

Humor. nal.: Krv po M. vrlo pozitivna, likvor nije vađen.

Slučaj 80. Zjenice tromo reagiraju na svijetlost, nepravilne su, refleksi patelarni vrlo živahni.

Humor. nal.: Krv vrlo pozitivna po M., likvor nije vađen.

Slučaj 81. D. H. iz Duba, 30 godina. Nikad nije liječena. Anizokorija, stabismus divergens o. s. trome na svijetlost. Refleksi u redu. Vrlo slabo čuje.

Humor. nal: Krv po M. pozitivna.

Slučaj 82. S. D. iz Suhog dola, 52 godine. Anizokorija. Zjenice trome na svijetlo. Refleksi u redu.

Humor. nal.: Krv vrlo pozitivna, likvor nije vađen.

Slučaj 83. S. D. iz Poljanice, 25 godina. Noćne glavobolje, nesvjestice, nesanice. Zjenice reagiraju tromo na svijetlo, anizokorične, desna je neokrugla. Refleksi u redu.

Humor. nal.: Krv pozitivna po M., likvor nije vađen.

Slučaj 84. F. Č. iz Zagrađa, 38 godina. Glavobolja, nesvjestice, boli u ekstremitetima, nesanice, anizokorija. Zjenice reagiraju tromo. Refleksi u redu. Humor. nal.: Krv vrlo pozitivna po M., likvor nije vađen.

Slučaj 85. J. A. iz Jezerca, 40 godina. Liječen redovito, bolovi u ekstremitetima, nesanica. Anizokorija. Zjenice gotovo potpuno ukočene na svijetlo. Tremor glave. Refleksi patelarni nešto slabiji, Ahilovih tetiva živahni.

Humor. nal.: Krv pozitivna po M., likvor nije vađen.

Slučaj 86. A. K. iz Čukala, 38 godina. Glavobolja, nesvjestice, bolovi u ekstremitetima. Zjenice reagiraju vrlo tromo, anizokorične. Refleksi u redu.

Humor. nal.: Krv pozitivna po M.

Slučaj 87. K. M. iz Zagrađa, 28 godina. Liječen redovito. Zjenice neokrugle, reagiraju tromo, anizokorične. Refleksi u redu.

Humor. nal.: Krv vrlo pozitivna, likvor nije vađen.

Slučaj 88. Đ. T. iz Privora, 27 godina. Zjenice anizokorične, trome na svijetlo, refleksi vrlo živahni na donjim ekstremitetima.

Humor. nal.: Krv vrlo pozitivna, po M.

Slučaj 89. F. Z. iz Višnjeva, 35 godina. Nepravilna menstruacija nekoliko godina. Noćne glavobolje, ponekad i u ekstremitetima boli. Liječena. Zjenice reagiraju tromo na svjetlo, nepravilne i anizokorične. Refleksi u redu. Humor. nalaz: Krv + — Likvor nije vađen.

Slučaj 90. G. J. iz Srbljana, 48 godina. Zjenice diferentne, slabo reagiraju na svijetlo. Lijevo ptoza.

Humor. nal.: Krv negativna po W. Likvor: po W. negativan, stanica 255/3 S. B. 0.18°/oo. P. pozitivan, zlatna reakcija negativna.

Slučaj 91. B. M. iz Gate, 55 godina. Zjenice ne reagiraju ništa na svijetlo. Refleksi u redu.

Humor. nal.: Krv je negativna po W. Likvor: stanica 36/3. S. B. 0.18°/oo, po B. W. negativan.

Slučaj 92. I. M. iz Izačića, 12 godina. Zjenice potpuno ukočene na svijetlo, vrlo midrijatičke. Refleksi u redu.

Humor. nal.: Krv sve reakcije negativne. Likvor: sve reakcije negativne.

Slučaj 93. A. Š. iz Vitovlja, 54 godine. Vrlo slabo vidi, zjenice reagiraju tromo na svijetlo. Refleksi patelarni diferentni, desno jači nego lijevo. Fundus očni u redu.

Humoralni nalaz: Krv negativna. Likvor stanice 16/3. P. neodređen. Benzova reakcija 000001221000000.

Slučaj 94. I. D. iz Lisca, 31 godinu. Zjenice reagiraju tromo na svijetlo, bolovi u glavi, nesvjestice, refleksi pateralni i Ahilovih tetiva vrlo živahni.

Humor. nal.: Krv negativna. Likvor: Stanica 104/3. S. B. 0.44°/oo. P. pozitivna. Zlatna reakcija 6665544321000.

Slučaj 95. O. F. iz Duba, 42 godine star. Anizokorija zjenice trome, patelarni refleksi vrlo živahni. Ptosis congenitalis dex.

Humor. nal.: Krv negativna. Likvor: Stanica 12/3. S. B. 0.40°/oo. N. A. pozit. P. poz. Zl. reakc.: 66542100.

Slučaj 96. M. L. iz Mudrike, 32 godine. Glavobolja, anizokorija, reakcija zjenica na svijetlo troma, papila lijeva nešto blijeđa, refleksi tetiva u redu.

Humor. nal.: Krv negativna, likvor nije pregledan.

Slučaj 97. K. D. iz Čatića, 70 godina. Glavobolje po danu i noći, bolovi u nogama; preboljela sekundarni lues pred 30 godina. Krvni pritisak R. R. 150. Zjenice reagiraju tromo na svijetlo.

Humor. nal.: Krv negativna, likvor nije pregledan.

Slučaj 98. R. Đ. iz Lužnica, 49 godina. Glavobolja, bolovi uzduž ekstremiteta, preboljela malariju, zjenice reagiraju tromo, anizokorične, refleksi u redu.

Humor. nal.: Krv negativna, likvor nije pregledan.

Slučaj 99. L. H. iz Karaule, 35 godina. Stalne boli u ekstremitetima, zjenice reagiraju tromo na svijetlost, naročito desna. Patelarni refleksi nešto slabiji.

Humor. nal.: Krv negativna, likvor nije pregledan.

Slučaj 100. H. B. iz Mudrika, 40 godina. Amenoreja, anizokorija, zjenice reagiraju tromo na svijetlo,, refleksi u redu.

Humor. nal.: Krv neodređena, likvor nije pregledan.

Slučaj 101. N. Đ. iz Mudrika, 27 godina. Noćne glavobolje, bolovi u ekstremitetima, zjenice gotovo sasvim ukočene na svijetlo, refleksi tetiva patelarni i Ahilovih vrlo pojačani.

Humor. nal.: Krv je negativna, likvor nije pregledan.

Slučaj 102. M. A. iz Mudrika, 34 godine. Boli u ekstremitetima, osip na koži 1926 godine. Liječen. Zjenice diferentne, lijeva slabije reaguje na svjetlost, refleksi u redu.

Hum. nal.: Krv negativ. Likvor nije pregledan.

Slučaj 103. L. Š. iz Dedića, 22 godine star. Alopecija luetica. Anizokorija, zjenice reagiraju tromo na svijetlo, refleksi u redu.

Hum. nal.: Krv negativna. Likvor nije pregledan.

Slučaj 104. J. G. iz Korićana,. 24 godina. Zjenice reagiraju tromo, anizokorične. Desno ptoza. Refleksi u redu.

Humor. nal.: Krv negativna, likvor nije pregledan.

Slučaj 105. D. A. iz Kljaka, 37 godina. Bolovi u ekstremitetima, zjenice su nejednake, neokrugle, reagiraju tromo na svijetlo, desno lagana ptoza, nekada nesvjestice. Refleksi u redu.

Humor. nal.: Krv negativna, likvor nije pregledan.

Slučaj 106. K. T. iz Ričice, 30 godina. Bolovi u glavi i u ekstremitetima, nesvjestice, liječen je neredovno. Zjenice reagiraju tromo, anizokorične. Refleksi u redu.

Humor. nal.: Krv negativna. Likvor nije pregledan.

Slučaj 107. R. K. iz Zagrađa, 45 godina. Liječen je neredovno. Zjenice reagiraju tromo na svijetlo, anizokorične, desna je vertikalno izobličena. Patelarni refleksi nešto slabiji od onih Ahilovih tetiva.

Humor. nal.: Krv negativna, likvor nije pregledan.

Slučaj 108. A. Đ. iz Bojske, 30 godina. Bolovi uzduž ekstremiteta, hypogenitalismus, anizokorija, zjenice neokrugle, reakcija zjenica vrlo troma na svijetlo, strabismus divergens o. d. refleksi patelarni i tetiva Ahilovih vrlo slabi.

Hum. nal.: Krv negativna, likvor nije vađen.

Pregledamo li ovu najveću grupu neuroluetičnog oboljenja, vidimo, da ga nalazimo kod raznih doba starosti, ali da izvjesne dobe prevladavaju.

11—20	21—30	31—40	41—50	51—60	61—70	nepoznate starosti
4 (8%)	12 (24%)	17 (34%)	9 (18%)	4 (8%)	2 (4%)	2

Bolesnici nepoznate starosti bili su vjerojatno između 21 i 30 godine. Pogledamo li te brojke, pada nam u oči, da su bolesnici bili velikim brojem između 21 do 40 godine, t. j. da je taj cerebralni lues, najvećim dijelom zaliječen, bio raširen najviše među mlađim ljudima, osobito ako tima pribrojimo i one slučaje između 10 i 20 godina. To je razumljivo, kad znamo, da je infekcija kod endemijskog luesa vrlo rana. Usporedimo li još godine od 41 do 70, gdje ih je bilo svega 15, te godine 10 do 40, gdje ih je bilo 35, razlika je još očitija. Odnos oboljelih muškaraca prema ženama bio je 28:12 (2.5:1).

Od neuroloških simptoma bili su izraženi slijedeći koji govore za oboljenje centralnog živčanog sistema luetične prirode:

Zjenice (anizokorija, disformacija zjenica, djelomična ili potpuna ukočenost zjenica na svijetlo ev. i na konvergenciju), u svih 51 slč. (100%)

Glavobolja, osobito noću često vrlo intenzivna, ponekad prolazeći već na početku terapije antiluetične, u 19 slč. (38%)

Bolovi u ekstreminitetima neuraligični, ishialgični etc.	17 slč. (34%)
Ptoza	4 slč. (8%)
Strabismus	2 slč. (4%)
Nesvjestice i omlaglice, nauzee	10 slč. (20%)
Razni neurastenični simptomi	7 slč. (14%)

Od svih slučajeva bilo je seropozitivnih 32, a seronegativnih 19. Likvora je bilo pregledano u 22 slučajeva, od kojih je bilo 16 negativnih, a u 6 slučajeva bio je likvor djelomično promijenjen. Te promjene bile su malene i odgovarale su rudimentalnoj zaliječenoj kliničkoj slici. Negativan nalaz u likvoru kod 16 slučajeva nije govorio nikako protiv naše dijagnoze neuroluesa. Slika bi nam svakako bila tačnija, da smo mogli i kod većine ostalih slučajeva ispitati likvor.

Sindrom zjenični bio je, kako se vidi, odlučan pri dijagnozi, kako smo to već ranije rekli, jer ga drukčije nismo mogli rastumačiti. Pored toga bilo je napadno mnogo jakih glavobolja, od kojih je dobar dio po noći bio vrlo intenzivan, a nekoje su reagirale na antiluetičnu terapiju. Na male brzo prolazne glavobolje, kao i takove koje smo mogli bud na koji drugi način isključiti, nismo se pri našem razmatranju obazirali. Vrlo često smo hotice izbjegavali pitanja o glavobolji i pitali, da li ga uopće šta boli. U tim slučajevima, ako su kod bolesnika dominirale glavobolje, on ih je sigurno uvijek dobro okarakterizirao. Ne mali broj od njih došli su i na pregled zbog glavobolja. U takovim smo slučajevima držali, da su po srijedi netipične i rudimentarne kronične meningoencefalitide luetičkog podrijetla, analogne onima koje sretamo i u našoj redovnoj praksi, a na koje se ne može ničim drugim utjecati osim antiluetskom terapijom. Kod tih također nismo uvijek nalazili promjena u likvoru, a ponekad ni u krvi. Kod nekih slučajeva postojali su neki simptomi, koji traže zasebna objašnjenja. Tako je kod slučaja 84 postojala gluhoća. Da li je ta gluhoća bila posljedica luetičke infekcije, ili posljedica kakove druge infekcije nije nam bilo moguće tačno odrediti. Jednako nismo mogli u slučaju 63 utvrditi tačnu etiološku karakteristiku koreatiformnih kretnja, no ipak se lues ne može sasma isključiti.

Razmotrimo li još jedanput ove naše slučajeve cerebralnoga luesa, navedene pod brojem 58—108, ne možemo se oteti općem utisku, da je broj dijagnosticiranih vrlo velik. No uzmemo li u obzir tu činjenicu, da je pri prvoj našoj anketi broj pregledanih vrlo velik, da je pri drugoj bio materijal vrlo izabran i sakupljen, a cijeli teritorij pregledanih da je zahvatio mnoga sela i zaselke pune luetičara, to nam tada taj broj nije u stvari velik.

Lues cerebri peracta s epileptičnim grčevima.

U zadnja tri slučaja postojali su epileptični napadaji, te smo ih izuzeli zato, što su postojali i neki simptomi koji su govorili za lues cerebri, te što bi se ti

napadaji obzirom na endemiski milije s pravom mogli dovesti s njima u vezu. Prema S a r b ó -u postoje tri opće mogućnosti postanka luetične epilepsije:

1. Direktno djelovanje sifilitičnih promjena može izazvati epileptične napadaje. Te promjene mogu biti: perijostalne promjene kosti lubanje, meningealne promjene obične ili gumozne, te endarteritične promjene.

2. Luetične promjene na žlijezdama s endokrinom sekrecijom, gdje napadaji mogu biti izazvani hormonalnim utjecajem ili možda bolje hormonalnom disfunkcijom.

3. Prije luesa može postojati konstitucionalna spremnost za napadaje (Krampfbereitschaft), te u tom slučaju lues djeluje kao izazovni moment.

Svi su napadaji svakako simptomatični, te se u slučaju generalizacije ne razlikuju od genuine epilepsije. Važno je zabilježiti, da se takove epilepsije, iako je poznata etiologija, daju razmjerno dosta teško liječiti. Ostali simptomi, osim zjenica i napadaja, poboljšavaju se i nestaju pod utjecajem liječenja čak i serološke promjene u krvi i likvoru se popravljaju. Sarbó govori zato o epilepsia secundaria. Nekada im je uzrok sekundarni hidrocefalus, a vjerojatno i degenerativno upalne promjene na kori moždanoj u formi ožiljaka. Već je i F o u r n i e r govorio o takovim neizlječivim luetičnim epilepsijama kao parasifilisu sui generis. H a y e r, V o g t i N i c o l a s našli su u 18% svih svojih epilepsija luetičnu etiologiju. A u 24% vjerojatnu. B a b o n e i x je našao u 16% epilepsiju uslijed kongenitalnog luesa, a S a r b ó u 8%. Od toga su u većini slučajeva bili krv i likvor negativni.

Pogledamo li naše slučajeve i uzevši gore navedene momente koje ističe S a r b ó, to ćemo vidjeti, da svaki od njih imade u sebi mnogo bitno različnog pa ćemo ih najprije prikaztai simptomatski, a zatim epikritički analizirati. Ističemo, da same napadaje nismo sami vidjeli.

Slučaj 109. J. I. iz Podova, 60 godina. Jake glavobolje, bolovi uzduž ekstremiteta, nesvjestice, nesamica, generalizovani epileptični napadaji, koji su počeli pred više godina. Liječen je neredovito. Zjenice su anizokorične, nepravilnog oblika, reagiraju vrlo tromo na svijetlo, bolje na akomodaciju. Refleksi patelarni i Ahilovih tetiva vrlo živahni. Krv od prilike prije pet godina bila je pozitivna.

Humor. nal.: Krv po M. negativna. Likvor nije vađen.

Slučaj 110. Č. Š. iz Gornjeg Vakufa, 40 godina. Epileptični napadaji traju šest do sedam godina, generalizirani. Zjenice reagiraju tromo na svijetlo, anizokorične, nepravilne. Refleksi živahni na donjim i gornjim ekstremitetima.

Humor. nal.: Krv negativna, likvor nije vađen.

Slučaj 111. J. M. iz Bihaća, 15 godina. Epileptični napadaji Jacksonova tipa s desne strane. Refleksi nisu bitno diferentni. Zjenice midrijatične, ne reagiraju skoro nikako na svijetlo, jedva malo na akomodaciju. Liječen.

Humor. nal.: Krv sve reakcije negativne. Likvor: sve reakcije negativne.

Slučaj 109 je star 60 godina. Prema toj starosti moglo bi se raditi i o arteriosklerotičnoj epilepsiji. Ipak on navodi, da su ti napadaji počeli pred više godina, ali nikako ne u djetinjstvu, ili momaštvu. Radi se dakle o kasnoj epilepsiji (Epilepsia tarda). Kako kod njega postoje znakovi zaliječenog moždanog luesa, te kako se uslijedi neredovnog liječenja popravila pozitivna krv, postoji barem vjerojatnost, da se i kod tog slučaja radilo o epilepsia sekundaria tarda. (S a r b ó).

Slučaj 110 je sličan gornjemu. I u tom nam je slučaju najbliža luetična etiologija, tim više, što se radi o napadajima, koji su se javili od prilike 1935. godine. Za oba ova slučaja je šteta što su odbili vađenje likvora, jer bi nam omogućili možda tačnije dijagnosticirati vrstu luetičnih promjena. Vjerojatno se radi o promjenama meningoencefalitičnim. Da li gumoznim ili običnim teško je reći bez biološkoga nalaza.

Slučaj 111 je imao napadaje lokalizirane, Jacksonovoga tipa, koji su govorili za povredu lijeve hemisfere i motorne regije. Nije vjerojatno, da se radilo o kongenitalnom luesu. Za drugu etiologiju nismo imali podataka. Vjerojatno je, da se i tu radilo o kroničnom meningo-encefalitičnom procesu, uz ostale promjene u mozgu. Da su krv i likvor bili negativni, ne govori protiv te pretpostavke, kako to vidimo iz izvještaja S a r b ó-ovih i citiranih francuskih autora.

*

Završavamo time prikaz i analizu naših slučajeva, kod kojih smo u bilo kakovoj formi našli luetično oboljenje centralnog nervnog sistema. Uzgredice možemo da spomenemo, da u tome velikom ljudskom materijalu nismo sretali mnogo drugih živčanih i duševnih oboljenja, barem ne u ambulantnom pregledu. Vrlo je čak vjerojatno, da je bilo izvjesnih težih živčanih oboljenja, koji su bili nepokretljivi, i koji su ostali kod kuće radi svoje teške bolesti i nepokretljivosti. Vrlo je vjerojatno također, da je bilo i duševno zaostalih više, no ti nisu uslijed općeg narodnog shvatanja, a i radi toga, što su ljudi sami znali, da im se ne može ništa pomoći.

Pregledamo li cjelokupni naš bolesnički materijal moramo stvoriti slijedeći zaključak:

I. U bosanskim krajevima, u kojima smo vršili naša ispitivanja vlada u velikom opsegu endemijski lues. Sistematski nije do iza rata nikada bio liječen potrebnim ili bar donekle uspješnim sredstvima. Poslije rata sistematski su liječena samo pojedina sela i naselja, neosalvarsanom i bismutom. Doliječen je zapravo razmjerno vrlo mali broj slučajeva. Moramo zato uzeti, da mnoga sela i naselja praktički de facto nisu ni liječena. Baš većinom u takovim naseljima neliječenim ili sa započetim liječenjem, koja su zaražena 70—80% luesom, našli smo pored ostalih forma i luetičnih oboljenja centralnog nervnog sistema, i to ne

samo oboljenja vaskularno-meningealnog tkiva, nego i parenhimatoznog nervnog tkiva. Broj slučajeva oboljenja vaskularno-meningealnog je velik, ali i broj slučajeva oboljelog parenhimatoznog tkiva nije također malen, osobito tabesa. Već taj fakt sam po sebi govori, da ne stoji Willmannsova tvrdnja, da nedovoljno liječenje ili uopće naše liječenje luesa izaziva parenhimatozna oboljenja živčanog sistema.

Naša konstatacija luetičnog parenhimatoznog oboljenja u protivnosti je s pređašnjim nalazima L. i A. Glücka, te njegovih đaka, kao i svih onih autora, koji su na osnovu njihovih nalaza izgrađivali svoje teze. Već smo u početku kazali, što je vjerojatno uzrokom, da ti autori i pokraj svojeg savjesnog rada nisu nalazili oboljenja parenhimatoznog tkiva, a to naročito postaje jasnije, uočimo li one česte i brojne rudimentarne i stacionarne slike paralize i tabesa, koje smo u svojim gornjim prikazima toliko navodili, a i frustne forme vaskularnog i meningealnog luesa. Stariji autori na kraju prošlog i početkom ovog stoljeća, radi još nedovoljne i siromašne dijagnostičke tehnike, bilo serološko, bilo kliničko neurološke, nisu nalazili te frustne i rudimentarne forme, što je posve razumljivo.

Naša istraživanja i konstatacije opravdavaju i u cjelini potvrđuju navode Vuletića, koji se nije zadovoljio sa starijim konstatacijama, nego je na terenu marljivo klinički i serološki ispitivao i utvrđivao naročito spomenute rudimentarne i atipične forme parenhimatoznog nervnog tkiva.

Sézary kaže, da broj manifestnih slučajeva oboljenja centralnog nervnog sistema kod nekog izvjesnog trajanja luetične zaraze postaje sve veći. Možda bi tu tvrdnju mogli dovesti i u sklad sa mišljenjem Bumke-ovim, da i paraliza podleži tom nekom zakonu trajanja, da i ona proživljava, rekli bismo, neko vrijeme svoju dobu života, da poslije nekog vremena trajanja dolazi po svojoj učestalosti do nekoga vrhunca, pa da onda, kao što je to u nekim zemljama, po malo postaje sve rjeđa. Drugim riječima, da i luetična parenhimatozna oboljenja centralnog nervnog sistema postaju sve rjeđa poslije nekog vremena, upravo tako kao i teška sekundarna i tercijarna oboljenja kože. Pri tom velikom ritmičkom toku luetičnih oboljenja ne mora biti odlučno samo liječenje, nego i izvjesni imunobiološki procesi u čovjeku, koji nam na žalost nisu sasvim poznati. Mi ih možda samo naslućujemo. Ti procesi su vjerojatno slični ili identični onima uslijed kojih svega 10—15% svih luetično oboljelih i kod sporadičnog luesa oboljeva od luetičnog oboljenja centralnog nervnog sistema. Te procese pokušali su mnogi autori da tumače raznim i najodvažnijim teorijama, no nijedna nam do danas nije dala definitivan odgovor o patogenezi neuroluesa, a još manje parenhimatoznog neuroluesa. Na žalost nam ni naše ankete nisu dale više hrabrosti, da bi se bilo kako priključili kojoj od poznatih teorija, a niti da bi sa sigurnošću stvorili svoje mišljenje. Svakako zabacujemo

na osnovu naših ispitivanja Gaertnerovu i Willmannsovu tezu. Nije vjerojatno, da samo postoji jedan faktor, kako su ga kraj luesa — prvog faktora — nazvali drugim faktorom, koji odlučuje, da li će se u izvjesnom momentu razviti progresivna paraliza ili tabes, ili vaskularni meningealni lues, ili će se lues spontano ili pod utjecajem lijekova zaliječiti i doliječiti. Vrlo je čak vjerojatno, da tih faktora imade više, te da su možda ipak i konstitucionalne prirode, da su i konstelativne prirode, djelujući možda samo u momentu zaraze ili za cijelo vrijeme infekcije, ili za vrijeme samog liječenja, ili da su tu i faktori neke specijalne osobite forme, koji djeluju na svoj naročiti način. Pri endemijskom luesu u Bosni došao bi još jedan važan fakt, koji možemo označiti kao endemijski faktor, a koji daje patogenetskom procesu kod endemijskog luesa specijalni karakter. Taj endemijski faktor svakako je pored ostalog uvjetovan i

1. samim luesom koji prelazi s generacije na generaciju neliječen,
2. time što se taj lues ne prenosi samo kontaktom, većinom dakako ekstragenitalnim, nego često i kongenitalno,
3. što se vjerojatno u svakom slučaju događa, da se bolesnici stalno ponovno superinficiraju, budući da stalno dolaze u dodir sa izvorom infekcije.

Uslijed tih momenata nastaju specijalni imunobiološki procesi, kojih kod sporadičnog luesa nemamo, te koji vjerojatno utječu na razvitak onih tipičnih forma kod endemijskog luesa: rudimentarnih i stacionarnih.

II. Ne postoji ni jedna manifestacija neuroluesa na osnovi sporadičnog luesa, koja ne bi postojala i kod endemijskog luesa. Pred nama se ređaju progresivne paralize, taboparalize, akutne kronične forme tabesa od najmanifestnijih do najrudimentarnijih, isto tako kao i razne floridne forme meningealno vaskularnog, kao i vaskularnog luesa, akutne i kronične pa i najrazličitije forme kroničnog meningealnog luesa bilo manifestne ili rudimentarne. Imademo i epileptičnih sindroma.

Pojava pak tercijarnih afekcija kraj tabesa govori nam, da ne postoji tako velika protivština između tercijarnog i parenhimatoznog luetičnog oboljenja centralnog nervnog sistema, kako se to obično drži. U cjelini nema nikakove razlike pak između progresivne paralize, taboparalize i tabesa uslijed sporadičnog luesa i tih oboljenja uslijed endemijskog luesa, tek više prevladavaju neke atipične, rudimentarne i stacionarne forme.

Uočivši sve poteškoće, koje su naše ankete morale svladavati, te kompliciranost samoga problema, mislimo, da su glavnu zadaću izvršile, a nešto i doprinijele rješavanju ostalih problema, koji graniče sa patogenezom neuroluesa uopće.

BIOLOŠKI POKUSI SA SOJEM ENDEMIJSKE SPIROHETE

A. Vuletić.

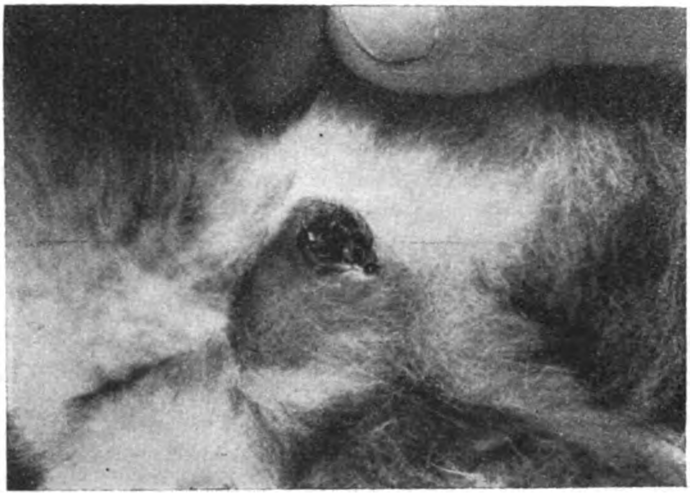
Od cijele problematike biologije spirohete našu je anketu u prvom redu interesiralo pitanje, postoje li kakve razlike između soja endemijske i sporadične spirohete s obzirom na pojavljivanje primarnog afekta. To nam je bilo tim više od važnosti, jer je dosad većina autora iz end. krajeva tvrdila, da klinička



Sl. 1.

razlika između end. i spor. sifilisa postoji pored ostalog i u tom, što se end. sifilis u Bosni pojavljuje odmah generaliziranim stadijem, bez primarnog afekta. Eksperimentalni sifilis na životinjama mogao je unijeti i u taj problem više svijetla. Stoga sam izolirao soj end. spirohete iz krvi jednog endemijskog luetičara sa svježim papuloznim egzantemom po koži i ustima. Od 7 intramuskularno cijepljenih kunića (po 0,3—0,5 ccm) 2 su kunića nakon 48 odnosno 59 dana inkubacije pokazivali infiltracije na testisu, veličine kukuruznog zrna, sa pozitivnim nalazom spiroheta. Ti infiltrati i ingvinalne žlijezde cijepljene su subskrotalno na 8 zdravih kunića, pa su se razvile koje difuzne orhitide, koje

cirkumskriptne periorhitide te 2 tipične primarne papule (vidi sl. 1) sa pozitivnim nalazom spiroheta. Daljnjim cijepljenjem razvili su se tipični primarni afekti (vidi sl. 2) sa nalazom spiroheta ++++. Drugi soj end. spirohete izolirao sam na miševima iz condylomata lata jednog dječaka, end. luetičara. Nakon 60 dana cijepio sam žlijezde inficiranih miševa na kuniće subskrotalno. Iza inkubacije od 63 dana razvio se u jednom slučaju tipičan primarni afekt sa pozitivnim nalazom spiroheta u tamnom polju.



Sl. 2.

Nakon neuspjelih pokušaja sa druge strane uspjelo je prvi put da izoliramo soj endemijske spirohete u Bosni. Prema tome nijesam u eksperimentima na životinjama mogao utvrditi nikakve razlike između endemijske i sporadične spirohete u pogledu pojavljivanja primarnog afekta nakon cijepljenja svježim infekcioznim materijalom čovjeka.

Daljnji biološki pokusi o odnosu endemijskog soja prema laboratorijskom (sporadičnom) soju Truffi-jevom, prekinuti su iz tehničkih razloga.

OPĆA SLIKA ENDEMIJSKOG SIFILISA U BOSNI.

Fr. Kogoj i A. Vuletić.

Problem endemijskog sifilisa u Bosni i Hercegovini postao je naročito akutan zadnjeg decenija. Uzrok je tome, što se 1927. godine povela akcija velikog stila, da se endemijski sifilis definitivno likvidira kao oboljenje masa. Međutim su se sa raznih strana izražavale bojazni, u vezi s Willmannsovom teorijom, da će se uslijed moderne terapije izgubiti navodni »dermotropni« i »blagi« karakter, endemijskog sifilisa i da će i endemijski sifilis u Bosni i Hercegovini dobiti sva poznata teška obilježja sporadičnog sifilisa.

Od 1930. godine bilo je s više strana davana inicijativa (Vuletić, Kogoj, Dojmi i t. d.), da se organizira anketa stručnjaka, koja će na terenu, u endemijski zaraženim krajevima, proučiti potanko kliniku i epidemiologiju endemijskog sifilisa i tako konačno skinuti taj problem s dnevnoga reda. No do realizacije tih osnova nije došlo. Godine 1933 održan je u Zagrebu dermato-venerološki kongres, na kojem je glavna tema bila endemijski sifilis u Bosni. Na tom kongresu došla su do izražaja dva potpuno oprečna mišljenja o karakteru bosanskog endemijskog sifilisa. Dok su svi referenti o tom pitanju zastupali još uvijek mišljenje A. Glückove škole, t. j. da se sifilis u Bosni razlikuje od sporadičnog, jer se vrlo rijetko ili uopće ne pojavljuju primarni afekti, oboljenja kardiovaskularnog aparata i ostalih unutarnjih organa, oboljenja parenhimatoznog nervnog tkiva, dotle je Vuletić, na osnovu svog iskustva od preko 14.000 endemijskih luetičara tvrdio: »da ne postoji razlika u izboru napadnutih organa, da se i kod endemijskog sifilisa pojavljuju primarni afekti, oboljenja krvnih žila i ostalih unutrašnjih organa, te da se isto tako pojavljuju oboljenja parenhimatoznog nervnog tkiva (tabes, paraliza)«; zbog toga »da ne postoje faktori, koji bi opravdavali zaseban položaj endemijskog sifilisa u sifilidologiji, jer razlike ukoliko postoje zbog nesistematskog pregleda i nedovoljnih metoda, nisu kvalitativnog, već čisto kvantitativnog karaktera«.

Prema tome preostao je kao jedini izlaz, da se stručnom anketom verificira jedno od navedena dva posve oprečna gledišta.

Na molbu Škole narodnog zdravlja u Zagrebu, koja se pored ostalog bavi i proučavanjem narodne patologije, Rockefellerova je fondacija svojom pomoći omogućila dvije ankete. U ime Škole narodnog zdravlja vodio je organizaciju Vuletić. Škola narodnog zdravlja pozvala

je na suradnju medicinski fakultet u Zagrebu, koji se je najpripravnije odazvao i odabrao između svojih članova potrebne stručnjake. Prvu anketu sačinjavali su ovi članovi: prof. Fr. Kogoj i A. Vuletić kao venerolozi, Vl. Franković kao serolog, prof. R. Lopašić kao neurolog, doc. B. Dragišić kao pedijatar, doc. A. Španić kao okulista, prim. V. Boić kao internist, doc. B. Gušić kao otorinolaringolog, gđa. Plasaj kao venerolog za ženske bolesnice. Osim toga učetvovali su u anketi Lj. Popović kao publicist, J. Rasuhin kao socijaln medicinar, te venerolozi sa područja gdje se je vršila anketa L. Dojmi i D. Orlić.

Ta je anketa vršila ispitivanja kroz cijeli mjesec juli 1934. godine u centru endemije na Vlašić planini (oko 2.000 m visoka) i njezinim obroncima u travničkom i bugojanskom kotaru, u krajevima teško pristupačnim, gdje se je transport tehničkog materijala (i rentgena) i članova morao obavljati konjima. U svemu je u I. anketi pregledano oko 4000 odraslih i djece, a od toga je pronađeno 698 luetičara.

Druga anketa, koja se sastojala samo od 3 člana: prof. Kogoja i Vuletića kao venerologa i prof. Lopašića kao neurologa, vršila je ispitivanje u septembru 1935. u periferiji endemije (bišćanski i cazinski kotar), da bi upotpunila rezultate iz I. ankete. Ova je anketa trajala 8 dana, a pregledano je oko 800 ljudi i pronađeno oko 200 luetičara.

Socijalne i ekonomske prilike travničke oblasti opisao je Lj. Popović. Po statistici od 1933. godine do prve godine života umrlo je više nego polovina svih umrlih. Karakteristika je ovog kraja, u kojem stanuju katolici, muslimani i pravoslavni, da se oni rađaju skoro više nego igdje na svijetu (51.5‰), ali zato i umiru u velikom broju (28.3‰), da ipak prirodni prirast ostane skoro najveći na svijetu (23.2‰). Uzroci smrti u glavnom zarazne bolesti, a kod žena, porođaj.

U pogledu kulturnom slika je neobično teška. Ima sela u kojima nijedan čovjek ne zna pisati. U ispostavi Gornji Vakuf ima svega 11.4% pismenih, od čega najveći dio otpada na samo mjesto. Na preko 45.000 stanovnika ima oko 18.000 hektara obradive zemlje. Stočarstvo je glavna grana privrede i na 100 stanovnika dolazi 31.8 goveda, 58.4 ovaca, 11.5 koza, 8.1 svinja i 11.2 konja, uglavnom tovarnih. Ali zato na 165 stanovnika dolazi po jedna krčma, na 2815 stanovnika jedna škola i na sedam duša jedna kuća.

Sela su raštrkana i prvobitno bila su porodične skupine. Kuće su građene od drveta i imaju obično svega dva odjela. Jedan u kome je ognjište i gdje porodica živi i drugo, iznutra olijepljeno žbukom ili blatom, gdje spavaju. Postelja nemaju. Svi leže na podu, pokrivenim ćilimom, u svojim dnevnim odjećama.

Glavni predmet proizvodnje je ishrana porodice. Samo vrlo mali dio proizvoda ide na tržište, da bi se namaknuo novac za namete i za one proizvode koje seljak sam ne može da proizvede. A to su, uglavnom: petrolej, šibice, opanci, motika, sapun i neki dijevi odjeće.

Glavna grana proizvodnje je stočarstvo, koje na prvom mjestu ishranjuje porodicu. Nešto sira iznose na tržište u grad, ali cijenu ubijaju trgovci, koji se također bave sirarstvom. Seljaci nemaju ni zadruga ni kakvog drugog načina, da svoju robu plasiraju van grada, gdje im je jedino tržište. Kao što je način rada seljaka primitivan, tako je i njegov pojam o privredi primitivan. On se još nije ukopčao u novčanu privredu.

Poljoprivreda se sastoji u gajenju izvjesnih žitarica, koje mogu da podnesu velike visine. To su ječam, zob i krupnik. Melju ih po potočnim mlinovima i brašno od zobi je tako, da oštre košuljice ostanu sve kao prave bodlje i u hljebu.

Uloga mjesnih banaka nije sjajna. Ima ih koje su uzimale i 70% kamata, a kod zelenaša privatnih to ide i do 200%.

U pogledu potrošnje, čiji je glavni cilj da održi porodicu, nema nikakvog plana. Živi se od danas do sutra i prema žetvi. U koliko je neka godina bolje rodila, višak ne ide na poboljšanje standarda, nego na zatrpavanje rupa koje su ostale iz prijašnjih godina. Ishrana

je vrlo skromna i ona se uglavnom kreće oko hljeba od ovsenog ili kukuruznog brašna, rjeđe i graha, kupusa, luka i mliječnih proizvoda. Meso se jede obično samo uz velike svece. Tek u dolinama nailazimo i na pšenični hljeb.

U načinima rada ima rezignacije zbog teških životnih uslova. Kosač, koji se smatra najcjenjenijim radnikom, ima 8 dinara dnevno sa hranom. Inače porodica sama sa svojom radnom snagom obično vrši sve poslove.

Prema takvom ekonomskom stanju odgovara i zdravstveno i duševno stanje. Jedino je moderna higijenska politika, koja se osjetila i u tom kraju, pokazala izvjesne rezultate.

Iz poglavlja o podrijetlu i raširenosti endemijskog sifilisa, što ga je obradio Dojmi, proizlazi na osnovu novih historijskih dokumenata, da endemijski sifilis u Bosni nije samo donesen turskom vojskom u 18. stoljeću sa Istoka, kako se do sada gotovo općenito smatralo, nego da se njegovi tragovi mogu slijediti već od 16. stoljeća, kad su u Bosnu počele upadati vojske sa Zapada (mletačka vojska 1686., Eugen Savojski 1697., koji je dopro čak do Sarajeva; kroz cijeli 18. i 19. vijek provaljivale su austrijske vojske). Prema tome je najvjerojatnije, da se je sifilis u Bosni i Hercegovini razvio kao endemijski pretežnim dijelom uslijed provala raznih vojska i sa Istoka i sa Zapada. Endemijski sifilis u Bosni i Hercegovini nije stoga jedinstven ni s obzirom na podrijetlo ni s obzirom na starost. Ne može se dakle simptomatologija endemijskog sifilisa dovoditi u uzročnu vezu sa navodnom svježom, eksplozivnom infekcijom luesa u 18. stoljeću. Narod naziva svoj sifilis »frenjak« ili »franca«, što potječe iz turske riječi frenga illata, to znači francuska bolest.

Karte na str. 45 i 46 pokazuju procentualno broj zaraženog žiteljstva u pojedinim dijelovima Bosne i Hercegovine od god. 1905.—1911. i u razdoblju od 1927.—1933. godine. Glavna endemijska legla ostala su u glavnom ista: Fojnica, Zenica, Visoko, Gračanica, Travnik i Tuzla, dakle najvećim dijelom teško pristupačni gorski krajevi u centralnoj Bosni. Najveći procenat zaraženosti u god. 1927.—1933. pokazuje kotar Fojnica sa 25,55%. U Dojmi-jevoj tabeli br. 1 naveden je kao broj ukupno zaraženih 41.398 u godinama 1905.—1911.; u tabeli br. 2, 76.496 zaraženih u godinama 1927.—1933. od ukupnog broja stanovništva, koji je iznosio 1,760.530 i od broja ukupno pregledanih 483.153. U pogledu broja ukupno zaraženih postoji samo prividna razlika, budući da u tabeli br. 1 nisu uzeti u obzir latentni luetičari (pred Wassermannska era!). Ni dosad nije pregledano cjelokupno stanovništvo Bosne i Hercegovine, no ipak se može prilično pouzdano uzeti, da danas broj endemijskih sifilitičara u Bosni i Hercegovini iznosi oko 100.000.

Pitanje endemijskog sifilisa kod djece obradio je Dragišić. Kako se iz tabele br. 1 razabire, pregledao je 935 djece, od kojih je pronašao 160 luetične (17%). Od tih je bilo 59 (36%) slučajeva sa simptomima kongenitalnog luesa, kao što su coryza syphilitica, pemphigus syphiliticus, osteohondritide,

tumor lienis et hepatis, striae Parroti i t. d. U anamnezama je nadalje utvrdio i slučajeve nedonošene živorođene i mrtvorođene djece.

Tab. Nr. I. Excursio prima. Infantes. Manifestationes lueticae.

Num. inf. examinat. tot.	Num. inf. syph.	Lues cong.	Lues I.	Lues II. manifesta			Lues latens				Periostit. et ostit. tib.	Keratit. parenchym.	Hydroceph.
				Exanthemata cut.	Exanthemata mucosae	Alopec. areol.	seropos.	seroneg.	Gumma ossium	Nasus sellaeformis			
935	160	59	2	2	18	6	54	26	2	39	32	1	12

D r a g i š i ć opisuje 2 primarna afekta i to kod 8-godišnjeg dječaka na donjoj usni, a kod 13-godišnje djevojčice na tonzili. Od sluzničkih pojava sekundarne periode našao je u 7 slučajeva laryngitis luetica. Čest je bio i nalaz papuloznih promjena na sluznici usne šupljine i širokih kondiloma. Najveći broj papuloznih promjena nađen je u kasnom djetinjstvu. Sifilitičnu areolarnu alopeciju našao je 6 put. Ukupno je pronašao promjene na sluznicama 18 put, a diseminirane egzanteme na koži 2 puta. Lues latens našao je u 80 slučajeva, dakle točno u 50% od cjelokupno pronađene luetičke djece. Manifestne destruktivne gumozne promjene vidio je 2 put na kostima, a sedlasti nos 39 put. U 20% slučajeva (32 djece) utvrdio je sifilitične promjene na kostima i zglobovima i to najčešće kod djece od 10—12 godina u obliku periostitis i ostitis luetica obiju tibija. Tipičnih Hutchinsonovih zubi našao je vrlo malo, ali je vidio više raznih drugih zubnih anomalija, koje neki autori smatraju karakterističnim za lues. No kako je broj rahitične djece vanredno velik (do 83%), to je po D r a g i š i ć e v o m mišljenju vrlo teško razlikovati luetične, zubne promjene od rahitičnih. Keratitis parenchymatosa (vidi kod Š p a n i ć a), koja kao i promjene na zubima pripada tardivnim formama kongenitalnog luesa, našao je samo jedamput. Luetički hydrocephalus nađen je u 12 slučajeva, od kojih je najmlađi bio od 4 mjeseca, a najstariji od 12 godina. Juvenilnog tabesa i paralize među njegovim slučajevima nije bilo (vidi L o p a š i ć). Da li je nekoliko slučajeva spastičkih hemiplegija, Littleove bolesti i epilepsije i jedan slučaj spastičke diplegije bilo luetične naravi, nije se moglo utvrditi, isto tako kao ni luetične promjene na inkretornim žlijezdama. Napadna je relativna čestoća mongoloidne idiotije. D r a g i š i ć je sklon mišljenju, da se ne mogu a priori odbaciti nalazi francuskih autora o heredodistrofiji i čestom pojavljivanju kongenitalnih anomalija kod sifilitične djece, budući da ih je našao najčešće u onim krajevima, gdje je bilo najviše luetične djece. Ogromni letalitet djece, koji u

prvoj godini života iznosi skoro 40%, uvjetovan je dobrim dijelom i endemijskim sifilisom.

Na temelju svojih nalaza zaključuje D r a g i š i ć, da kod djece ne postoji nikakva razlika, ni u simptomatologiji, ni u toku, između endemijskog i sporadičnog luesa. U koliko ne dođe do dijaplacentarne infekcije, djeca se zaraze kasnije ekstragenitalno i to najčešće bukalnim putem. S obzirom na nevedeno ne pripada endemijskom dječjem sifilisu nikako zasebno mjesto.

Poglavlje o epidemiologiji i o manifestacijama endemijskog sifilisa kod odraslih na koži, sluznicama i kostima obradili su K o g o j i V u l e t i ć. Utvrdili su, da se epidemiologija endemijskog luesa bitno razlikuje od one sporadičnog. Ako izuzmemo kongenitalni lues, možemo reći, da su kod endemijskog luesa oni načini infekcije iznimni, koji su kod sporadičnog obični i obrnuto. Kod endemijskog luesa infekcija u daleko najvećem broju slučajeva uslijedi ekstragenitalno, a ne genitalno. Stoga je lokalizacija primarnog afekta gotovo bez iznimke na usnama ili u usnoj šupljini. To je potrebno istaknuti zbog toga, što je A. G l ü c k sa svojom školom smatrao, da je jedna od glavnih karakteristika endemijskog luesa u Bosni otsutnost primarnog afekta, jer da infekcija nastaje direktnim unošenjem spirohete u krv (syphilis d'émblée), kod čega igraju navodno ulogu kao posrednici uši, buhe i stjenice, a možda i acarus scabiei. Kao način širenja endemijskog sifilisa dolazi u obzir posredni (razno posuđe za jelo i piće, razni drugi predmeti, tetoviranje, obrezivanje, pušenje i t. d.) i neposredni način (ljubljenje, dojenje, spolno općenje i t. d.) Najčešći posredni način prenosa je jedenje istim priborom i pijenje iz iste posude, što je kod tamošnjeg seljačkog stanovništva gotovo pravilo. Ali i za sve ostale načine indirektnog prenosa postoji velik broj primjera u opažanjima tamošnjih liječnika.

Tab. Nr. II. Adulti. Excursio prima. Distributio generum et confessionum.

Num. examinat. tot.	Num. syph.	Gen. masc.	Gen. fem.	Confess. islam.	Confess. cath.	Confess. graeco-orthodox.
ca 3000	538	309	229	310	186	42

Daljna karakteristika endemijskog sifilisa je u tome, da nastaje i da se širi većinom u djetinjstvu. Sa toga gledišta endemijski sifilis je prvenstveno dječja bolest. Taj epidemiološki moment nije dosad bio dovoljno uočen. Iz te činjenice proizlaze i neke tobožnje osobitosti endemijskog sifilisa, koje su međutim samo prividne. Tako se na pr. ističe, da su kod endemijskih luetičarki

relativno rijetki prijevremeni porodi i porodi mrtve djece, što postaje razumljivo, ako pomislimo na to, da je infekcija kod majke uslijedila obično davno prije spolne zrelosti. Iz epidemiologije proizlazi nadalje i to, da endemijski sifilis pokazuje često tip familijarnog oboljenja.

Kako se iz tab. br. II. vidi, pregledano je u 1. anketi oko 3000 odraslih; od toga je pronađeno 538 luetičara. Najveći broj našli smo među muslimanima. Premda je nesumnjivo, da je apsolutni i relativni broj zaraženih najveći među muslimanima, ipak brojevi u toj tabeli ne pokazuju tačan razmjer zaraženosti po vjerama, jer nije pretraženo cijelo stanovništvo kotareva, u kojima je anketa vršena. Iz istih razloga nemaju ni brojevi iz tab. br. III. nikakve važnosti za prosuđivanje procentualne zaraženosti žiteljstva u navedenim rejonima.

Tab. Nr. III. Adulti. Excursio prima. Distributio regionalis.

Vitovlje	Mehorići	Opara	Gornji Vakuf
139	265	32	102

Relativno velik broj pronađenih luetično zaraženih žena imamo zahvaliti tome, što je žene u glavnom pregledavala pokojna gđa. dr. Plasaj. Muslimanke bi, naime, došle samo u malem broju na pregled muškim liječnicima.

Tab. Nr. IV. Adulti. Excursio prima. Manifestationes lueticae cutis, mucosae, ossium.

Lues II. manifesta					Lues latens		Lues III.				Scleradenit.
Exanthemata cutis	Exanthemata mucosae	Alopec. areolar.	Leucoderma	Periostitis tib.	seropos.	seroneg.	cutis manif.	cutis cicatr.	mucosae, manif. et cicatr.	Ostitis et periostit. tib.	
13	11	7	5	5	174	96	13	26	55	15	127

U tab. br. IV. prikazane su brojčano opažane luetične manifestacije primarnog, sekundarnog i tercijarnog stadija endemijskog luesa na koži, sluznicama i kostima te lues latens kod odraslih iz 1. ankete.

U obadvije ankete pronašli smo 4 primarna afekta. Dva je opisao, kako je spomenuto, Dragišić i Gušić. Treći i četvrti našli smo tokom 2. ankete; radilo se o egzulceriranim tonzilarnim sklerozama kod 12 odnosno 10-godišnjeg djeteta. Osim toga je Gušić našao još cijeli niz nesumnjivih residuuma poslije

primarnih afekata. Dva od njih, lokalizirana na bukalnoj sluznici, odnosno na jeziku, opisana su potanje. Svi su utvrđeni primarni afekti i njihovi residuumi lokalizirani na usni, odnosno usnoj šupljini, što je kod endemijskog luesa, kako smo već spomenuli, prirodna porta invasionis. Da su primarni afekti dosad relativno rijetko opažani, tumačimo neobičnom lokalizacijom i s time skopčanom često atipičnom ili manje poznatom simptomatologijom (tonzile!), nadalje činjenicom, da infekcija uslijedi obično u rano doba života, gdje okolina pomišlja na kakvu bolest tek kada nastupi generalizacija i t. d. Primarni afekt kod endemijskog sifilisa treba stoga naročito tražiti. Na osnovu naših nalaza, kao i podataka iz literature, zaključujemo, da se mjesto luetične infekcije kod endemijskog sifilisa manifestira, jednako kao i kod sporadičnog, redovno sa primarnim afektom, najčešće lokaliziranim bukalno, u koliko se, naravno, ne radi o kongenitalnom sifilisu.

Od sekundarnih pojava našli smo rane diseminirane egzanteme i recidivne pojave raznih oblika. Isto vrijedi i za sluznice. Osobito ističemo utvrđene nesumnjive alopecije, te slučajeve leukoderme, čija je egzistencija bila kod endemijskog sifilisa u Bosni osporavana. U luetične manifestacije sekundarizma na kostima u obliku periostitide tibija, ubrojili smo samo one slučajeve, gdje su uz to postojali simptomi sekundarizma na koži ili sluznicama. Razlika u manifestacijama sekundarizma kod endemijskog i sporadičnog sifilisa nijesmo utvrdili.

Latentnih slučajeva našli smo skoro točno 50%, što dokazuje, da je endemijski lues i u tome pogledu sličan sporadičnom.

Skoro jedna četvrtina svih pronađenih luetičara imala je opću skleradenitidu, često bez ikakvih drugih manifestnih luetičnih pojava.

Približno jedna šestina svih luetičara (djece i odraslih) pokazivala je simptome tercijarizma, koje u obliku floridnih guma, koje u formi brazgotina i to češće na sluznicama nego na koži. Tercijarne luetične promjene na kostima (sigurno je ovdje ubrojena i koja manifestacija kasnog sekundarizma), našli smo kod odraslih u 15 slučajeva. Svi su slučajevi pokazivali ostitičke odnosno periostitičke promjene na tibijama, na koje smo se kod odraslih jedino obazirali. Ni kod tercijarizma nismo mogli utvrditi nikakvih načelnih razlika između sporadičnog i endemijskog sifilisa.

Na osnovu iznešenih nalaza možemo zaključiti, da se simptomatologija endemijskog sifilisa na koži, sluznicama i kostima ni u čemu bitno ne razlikuje od odgovarajućih pojava kod sporadičnog luesa.

U pogledu seroloških reakcija kod endemijskog luesa ističe F r a n k o v i ć, da se iste ni u čemu ne razlikuju od onih kod sporadičnog, to jest, procentualni

odnosi pozitivnih i negativnih rezultata u pojedinim stadijima, odnosno kod pojedinih manifestacija, podudaraju se s onima, koji se nalaze kod sporadičnog sifilisa.

Otorinolaringološki pregledao je Gušić 496 luetičara, od kojih je 136, t. j. 27,5% pokazivalo manifestne simptome na sluznici nosa, što je svakako vrlo velik broj. Od njegovih nalaza neki zaslužuju osobitu pažnju. Tako je našao u dva slučaja kod odraslih uz pozitivnu seroreakciju kao jedini luetički simptom sifilitičnu coryzu, dvaput su nađeni u nosnom predvorju sivkasti bradavičasti infiltrati — granulirani sifilidi Ricorda i Fourniera. 90% luetičkih pojava bilo je tercijarnih. Prema učinjenim opažanjima razvitak tercijarnih manifestacija vremenski se uopće ne da ograničiti; kod jednog dvogodišnjeg djeteta na pr. nije mogao biti dulji od ½ godine (još se je našao ožiljak poslije primarnog afekta na tonzili sa regionarnim indolentnim, nešto povećanim žlijezdama). Vrlo česti su bili gumozni infiltrati u nosnom predvorju, osobito je bio aficiran hrskavični (!) dio septuma. U dva su slučaja opažani infiltrati na školjkama. Kod bolesnika sa svježim tercijarnim pojavama često je opažana sočna, na nekim mjestima edematozna sluznica nosnih školjaka: ova se specifična rinitida tercijarnog stadija razlikuje od one sekundarnog po tome, što je kod potonje sluznice blijeđa, a sekrecija gnojna i jaka. Kao daljni stadij luetičke upale opisuje Gušić hipertrofiju papila na polovima srednje školjke. Za atrofiju nosne sluznice, koja je nađena u 11% slučajeva svih pregledanih, treba naglasiti, da je ta reakcija sluznice na luetičku infekciju posve nespecifična. Specifičnih promjena u epifarinksu nije Gušić suviše često opažao. Daleko najčešće su bile naravno luetičke promjene sekundarizma i tercijarizma u ustima, u mezofarinksu i na nepcu. Vrlo mnogo je bilo luetičkih sekundarnih i tercijarnih promjena u larinksu; teže perihondritide i cikatricijelni deformiteti, koji bi uzrokovali stenotičke simptome, nijesu nađeni. U jednom slučaju našao je Gušić tumoroznu amiloidozu grkljana, nastalu na bazi luetičnog ili paraluetičnog procesa na staroj specifičnoj brazgotini.

Boić je u suradnji sa rentgenologom (Rybkin) našao od oko 150 rentgenološki pregledanih, od kojih su kod 35 učinjene snimke, 4 slučaja (od toga su najmanje 3 endemijskog podrijetla), gdje se može postaviti sigurna dijagnoza aortitis luetica. Peti slučaj luetičke mezaortitide kod endemijskog sifilitičara utvrđen je i patološko-anatomski kod jednog pacijenta sa neurološke klinike (vidi kod Lopašića). Osim toga našao je 12 slučajeva sumnjivih na aortitis. Da je broj nađenih aortitida relativno malen, ne može se poreći; on na pr. daleko zaostaje za onim, koji je utvrđen u burjatskoj Mongoliji (111 sigurnih i 81 vjerojatnih od 738 klinički i rentgenološki pregledanih). Moramo međutim istaknuti, da smo u samom početku ankete uslijed defekta na našem portabilnom rentgenskom aparatu bili prisiljeni slati bolesnike sa mjesta pregleda po 20—30

km daleko u bolnicu na rentgenološki pregled, ali se mnogi pacijenti nisu odazvali. No i na osnovu ovih nalaza možemo utvrditi, da mesaortitis postoji i kod endemijskog luesa u Bosni.

Tab. Nr. V. Manifestationes oculorum lueticae.

	Keratit. parenchymat.	Affect. sclerae, uveae, retinae	Atroph. n. optici		Affect. pupill. sine atr. n. opt.		Affect. pupill. solit.
			casus certi	casus suspecti	liquor pos.	liquor non examinat.	
Excursio prima	2	9	16	5	10	13	46
Casus in obs. clin. ophtalm.	3	3	7				
Num. totalis	5	12	23	5	10	13	46

U tabeli br. V. prikazana su sva luetična očna oboljenja kod endemičara, kako ih je našao Španić. Za naša istraživanja bilo je važno utvrditi postojanje parenhimatoznih keratitida kod endemijskog luesa. Osim već spomenutog jednog slučaja (Dragišić), Španić je pronašao u 1. anketi još 2 slučaja; uz to navodi još 3 slučaja, koja su opažena na očnoj klinici, a koji su endemijskog podrijetla. Utvrđena su i razna luetična oboljenja vjeđa, bjeloočnice, žilne ovojnice i mrežnice. Španić je nadalje utvrdio relativno velik broj tabetičkih atrofija optikusa, od toga oko dvije trećine na terenu, a ostatak među kliničkim bolesnicima iz krajeva zaraženih endemijskim sifilisom. Relativno

Tab. Nr. VI. Manifestationes lueticae cerebrospinales.

	Paral. progress.	Tabo.-paral.	Tabes dors.	Tabes dors. rudiment. et atyp.	Tabes dors. suspecta	Lues cerebri			Affect. pupill. solit.
						florida	per acta	cum manif. epilept.	
Excursio prima	—	2	14	11	7	—	8	2	35
Excursio secunda	2	—	3	1	—	—	3	1	16
Casus in obs. clin. neurol.	1	—	5	—	—	2	—	—	—
Num. tot.	3	2	22	12	7	2	11	3	51

je velik broj izoliranih pupilarni hsmetnja, kako ih navode Španić i Lopašić (v. kasnije), koji je našao u 1. anketi 11 slučajeva manje od Španića. (Razlika u brojevima kod ovog nalaza, pa i kod nekih drugih, potječe otuda, što svi bolesnici nisu obišli kod pregleda na terenu sve liječnike).

Iz svih svojih nalaza Španić zaključuje, da endemijski sifilis u Bosni izaziva na očima sve one promjene kao i sporadični sifilis.

Vrlo je instruktivna tabela br. VI, koja pruža pregled Lopašićevih nalaza na centralnom nervnom sistemu kod endemijskih sifilitičara. Iz nje se razabire sva raznolikost pojava luesa živčanog sistema u endemijski zaraženim krajevima, koja ni u čemu ne zaostaje za onom kod sporadičnog sifilisa. O postojanju parenhimatoznog nervnog luesa kod endemijskih sifilitičara ne može poslije Lopašićevih nalaza biti više diskusije. Ti su nam nalazi to dragocjeniji, što potječu sa dviju anketa, izvršenih u dvjema raznim, postorno udaljenim centrumima endemije, upotpunjeni sa 6 slučajeva, koji su na neurološkoj klinici u Zagrebu bili dulje vrijeme promatrani i od kojih je kod jednog (tabes dorsalis) dijagnoza i patološko-anatomski potvrđena.

U prvoj anketi pregledano je općenito neurološki 1546 ljudi, od toga detaljno psihijatrijski i neurološki 162. Od toga je bio likvor pregledan u 43 slučaja. Od navedena 162 slučaja upotrijebio je Lopašić 78 slučajeva za ovaj rad. U drugoj anketi pregledano je neurološki oko 100 ljudi, od toga vrlo detaljno neurološki i psihijatrijski 31, a likvor je pretražen kod 29. Iz druge ankete upotrebio je Lopašić 17 slučajeva. Kako se iz tabele vidi, utvrđene su m. o. 2 progresivne paralize na terenu i jedna kod end. luetičara na neurološkoj klinici u Zagrebu, kao i 2 taboparalize. Doba latencije odgovara otprilike onoj kod sporadičnog sifilisa. Ističemo naročito, da od ovih 5 slučajeva nije liječen ni jedan prije pojava prvih psihičkih simptoma. Kod nijednog od ovih 5 slučajeva nisu nađeni residuumi iza tercijarnih procesa.

Sigurnih slučajeva tabesa kod endemičara našao je Lopašić 17 na terenu, a 5 je sa njegove klinike. Od tih slučajeva tabesa nije uopće bilo liječeno 6, dok su četvorica liječeni tek poslije pojava tabičnih smiptoma, t. j. nađeno je 10 slučajeva sigurnog tabesa bez ikakve prethodne terapije. Prije pojave tabesa liječeno je, i to većinom neredovito, 12 slučajeva. Od tih slučajeva treba osobito istaknuti tabes kod 13-godišnjeg djeteta sa tipičnom kliničkom slikom bolesti (nereagiranje pupila, arefleksija, atrofija optikusa). Od 12 rudimentarnih atipičnih tabesa 10 nije uopće liječeno, dok su 2 liječena redovno. U grupu slučajeva sumnjivih na tabes ubrojio je Lopašić one slučajeve, kod kojih se nije mogao odlučiti, da li bi ih pribrojio cerebralnom izliječenom luesu ili vrlo blagom rudimentarnom i stacionarnom tabesu. Kod 38% našao je vrlo jake i česte noćne glavobolje, što bi moglo govoriti za subakutni ili kronični meningitički proces luetičnog podrijetla. Broj rudimentarnih oblika

tabesa kod endemijskog sifilisa nije za nj ništa karakteristično, jer je u novije vrijeme utvrđeno, da se te forme i kod sporadičnog sifilisa sve češće dijagnosticiraju.

Iz simptomnog kompleksa tabesa nađeni su najčešće ugasli ili oslabljeni poremećaji zjenica u 85%; reflektorna tromost na jednom ili oba oka u 78% slučajeva; lancinirajuće boli u 37% slučajeva; genuina atrophia nervi optici u 25% slučajeva; Argyll-Robertson u 25% i t. d. Prevladava najčešće lumbodorzalni tip oboljenja. U 15% slučajeva nađeni su gumozni ožiljci pored simptoma tabesa, koji su nastali dijelom već prije prvih tabičnih pojava, dijelom u toku polaganog razvitka tabesa. Poprečno doba prvih pojava tabesa bila je između 30 i 35 godina života. I ovo potvrđuje nazor, da infekcija pada često u prve godine života, kad je, kako se drži, inkubacija dulja nego kod infekcija, koje su uslijedile u zrelo doba života. Jednako kao što je utvrdio Beringer u burjatskoj Mongoliji, ne može se ni kod endemičara u Bosni naći prava korelacija između težine bolesti, njezinog toka i nalaza u likvoru.

Postojanje luesa cerebri nije ni Glückova škola nijekala. Od relativno velikog broja cerebralnog luesa, koji se javlja sa izoliranim pupilarnim smetnjama, vjerojatno veliki dio čine zaliječeni slučajevi, koji su se najčešće našli kod mladih ljudi (od 21—40 god.). Među cerebralnim slučajevima luesa nađena su i 3 slučaja s epileptičnim grčevima.

Zaključujući može se reći, da kod endemijskog luesa u Bosni nalazimo na nervnom sistemu sve one manifestacije kao i kod sporadičnog: progresivne paralize, taboparalize, akutne i kronične forme tabesa od najmanifestnijih do najrudimentarnijih, razne akutne i kronične forme meningealno-vaskularnog i vaskularnog luesa.

Kako su kod slučajeva tabesa nađene i tercijarne promjene, to treba zaključiti, da ne postoji tako izrazit antagonizam između tercijarnih manifestacija i parenhimatoznog luesa, kako se to obično drži. U cijelosti nema nikakve razlike između endemijskog i sporadičnog luesa ni u pogledu oboljenja parenhimatoznog nervnog sistema. Tek bi se moglo reći, da ima mnogo atipičnih, rudimentarnih i stacionarnih forma, koje su po Lopašiću uvjetovane naročitim endemijskim faktorom; jednu od njegovih komponenata vjerojatno čine ponovne superinfekcije, kojih kod sporadičnog luesa nema.

Biološke pokuse sa sojevima endemijske spirohete vršio je Vuletić. On je izolirao jedan soj na kunićima iz krvi jednog endemijskog luetičara sa svježim papuloznim egzantemom na koži i sluznicama; drugi na miševima iz condylomata lata jednog dječaka. Oba soja cijepljena subskrotalno na kuniće, pokazivali su u 2., odnosno u 3. pasaži tipične primarne afekte (vidi slike str. 163 i 164), sa velikim brojem spiroheta. Vuletić je prema tome prvi izolirao soj bo-

sanske endemijske spirohete i eksperimentalno utvrdio, da nema nikakve razlike između endemijske i sporadične spirohete u pogledu pojavljivanja primarnog afekta nakon cijepljenja životinja svježim infekcioznim materijalom čovjeka.

TAB. Nr. VII. Tab. summaria.

		Excursio prima	Excursio secunda	Casus in obs. clin.	Numerus tot.
Num. examinat. tot.		ca 4000	ca 800		ca 4800
Num. syphil.		698	ca 200	15	ca 900
Lues I.		2	2	—	4
Lues II. manif.	cutis 15				
	mucosae 29				
	alopec. areol. 13				
	leukod. 5	62	?	—	62
	seropositiva 244	442		—	442
	seronegativa 198				
Lues III.	cutis 39				
	mucosae 55	94	?	—	94
Lues ossium		52	?	—	52
Paralysis progressiva		—	2	1	3
Taboparalysis		2	—	—	2
Tabes dorsalis		14	3	5	22
Tabes dors. rudiment. et atyp.		11	1	—	12
Tabes dorsalis suspecta		7	—	—	7
Lues cerebri		10	4	2	16
Affect. pup. solit.		46	16	—	62
Keratit. parenchymatosa		3	?	3	6
Lues sklerae, uveae, retinae		9	?	3	12
Aortitis luetica		4	?	1	5
Lues congenita		59	?	—	59

Tab. br. VII. daje preglednu sliku raspodjele luetičkih manifestacija kod svih slučajeva, na koje smo se osvrtali.

Rezultat naših dviju anketa možemo rezimirati u ove 3 točke:

1. Endemijski lues u Bosni razlikuje se od sporadičnog epidemiološki po tome, što je u velikom broju slučajeva dječje oboljenje, što je često familijarnog tipa i što infekcija nastaje skoro redovito ekstragenitalno uz konzekutivni primarni afekt na usnama, odnosno u usnoj šupljini, izuzimajući naravno kongenitalni lues.

2. Simptomatologija endemijskog sifilisa je ista kao i sporadičnog; ne postoje razlike ni u pogledu pojavljivanja visceralnog, a osobito ne u pogledu pojavljivanja luesa parenhimatoznog nervnog sistema.

3. Liječenje nema uzročne veze sa razvitkom visceralnog i nervnog luesa (lues cerebri, tabes, paraliza), jer većina naših slučajeva nije uopće bila liječena.

DAS ALLGEMEINBILD DER ENDEMISCHEN LUES IN BOSNIEN

Fr. Kogoj und A. Vuletić

Das Problem der endemischen Lues ist im letzten Jahrzehnt besonders aktuell geworden. Der Grund dafür liegt darin, dass im J. 1927 eine Aktion grossen Stiles unternommen wurde, um die endemische Syphilis als Massenerkrankung definitiv zu liquidieren. Unterdessen wurden von verschiedenen Seiten in Hinblick auf die Theorien von Willmanns Befürchtungen laut, dass sie infolge der modernen Therapie ihren angeblichen »dermotropen« und »milden« Charakter verlieren würde und dass so auch die endemische Syphilis in Bosnien und der Herzegowina alle schweren Folgen der sporadischen Lues aufweisen wird.

Seit dem J. 1930 wurde von mehreren Seiten (Vuletić, Kogoj, Dojmi u. a.) der Anstoss zur Organisation einer Enquete von Fachleuten gegeben, die im Terrain selbst, in den endemisch versäuchten Gebieten, genau die Klinik und Epidemiologie der endemischen Lues studieren sollte, um so endlich dieses Problem von der Tagesordnung abzusetzen. Zur Verwirklichung dieser Vorschläge kam es zunächst nicht. Im J. 1933 wurde in Zagreb ein dermatovenerologischer Kongress abgehalten, dessen Hauptthema die endemische Syphilis in Bosnien bildete. Auf diesem Kongress kamen zwei ganz konträre Ansichten über den Charakter der bosnischen endemischen Lues zum Ausdruck. Während alle Referenten in dieser Frage noch immer die Ansicht der A. Glückschen Schule vertraten, d. h. daran festhielten, dass sich die endemische Syphilis in Bosnien von der sporadischen unterscheidet, da Primäraffekte nur sehr selten oder nie auftreten, ebenso Erkrankungen des kardiovaskulären Apparates und der übrigen inneren Organe, ganz besonders aber Erkrankungen des parenchymatösen Nervengewebes, vertrat Vuletić auf Grund seiner Erfahrungen an über 14.000 endemischen Syphilitikern die Ansicht, »dass kein Unterschied bestehe in der Auswahl der angegriffenen Organe, dass auch bei der endemischen Syphilis Primäraffekte, Gefässerkrankungen und Affektionen anderer innerer Organe auftreten und dass es ebenso zur Erkrankung des parenchymatösen Nervengewebes (Tabes, Paralyse) kommt«. Deswegen »gebe es keine Faktoren, die zur Einräumung eines besonderen Platzes

für die ndemische Syphilis in der Syphilidologie berechtigen würden, denn die Unterschiede, soweit sie wegen nicht systematisch durchgeführter Untersuchungen und ungenügender Methoden bestehen, sind nicht qualitativer, sondern quantitativer Art«.

Es blieb also nur die Möglichkeit, dass eine fachliche Enquete die eine von den zwei vorgebrachten sich widersprechenden Ansichten verifiziert.

Einer Bitte der »Schule für Volksgesundheit« in Zagreb entsprechend, die sich u. a. auch mit dem Studium der Volkspathologie befasst, hat die Rockefeller-Foundation zwei Enqueten ermöglicht, die im Namen der »Schule für Volksgesundheit« Vuletić organisierte. Der »Schule für Volksgesundheit« lud die medizinischen Fakultät im Zagreb zur Mitarbeit ein; diese leistete gerne Folge und entsandte aus ihren Reihen die nötigen Fachleute. An der ersten Enquete nahmen teil: Prof. Fr. Kogoj und A. Vuletić als Venerologen, V. Franković als Serologe, Prof. R. Lopašić als Neurologe, Doc. Br. Dragišić als Pädiater, Doc. A. Španić als Ophtalmologe, Prim. V. Boić als Internist, Frau Dr. Ribkin als Röntgenologe, Doc. B. Gušić als Rhinolaryngologe, Frau Dr. Plasaj als Venerologe für weibliche Kranke. Ausserdem nahmen an dieser Enquete teil Lj. Popović als Soziologe, J. Rasuhin als Sozialmediziner und die Venerologen L. Dojmi und D. Orlić aus dem Gebiete, wo die Enquete stattfand.

Die Teilnehmer dieser Enquete arbeiteten den ganzen Monat Juli 1934 im Centrum der Endemie auf der Vlašić-Planina (ca 1800 m Meereshöhe) und auf ihren Abhängen im Bezirk von Travnik und Bugojno, in schwer zugänglichen Gebieten, wo der Transport des technischen Materials (Röntgen) und der Mitglieder nur mit Pferden erfolgen konnte. Im ganzen wurden während der ersten Enquete ungefähr 4000 Erwachsene und Kinder untersucht, vom denen 698 an Lues litten.

An der zweiten Enquete, die im September 1935 stattfand, um die Resultate der ersten Enquete zu vervollständigen, nahmen nur Prof. Kogoj und A. Vuletić als Venerologen und Prof. Lopašić als Neurologe teil; die Untersuchungen fanden an der Peripherie der von der Endemie heimgesuchten Gebiete im Bezirk von Bihać und Cazin unter Mithilfe von Dr. Sjelski (Bihać) statt. Diese Enquete dauerte 8 Tage; untersucht werden ungefähr 800 Leute, darunter wurden ungefähr 200 Syphilitiker gefunden.

Die sozialen und ökonomischen Verhältnisse im Gebiete von Travnik studierte Lj. Popović. Nach einer Statistik aus dem J. 1933 starb von der dortigen Bevölkerung mehr als die Hälfte vor Erreichnung des ersten Lebensjahres. Charakteristisch für diese Bezirke, die von Katholiken, Pravoslaven und Muselmannen bewohnt werden, ist, dass die Geburtenzahl fast grösser ist als

irgendwo auf der Welt (51,5‰), aber auch die Sterblichkeit ist sehr gross (28,3‰); trotzdem ist der natürliche Zuwachs fast der grösste auf der Welt (23,2‰). Die Todesursache sind vorzugweise Infektionskrankheiten.

In kultureller Hinsicht sind die Zustände traurig. Es gibt Dörfer, in denen niemand schreiben kann. Im Kreise Gornji Vakuf können nur 11,4% schreiben, wovon der grösste Teil auf den Ort selbst entfällt. 45.000 Einwohner müssen sich mit 18.000 Hektar bebaubaren Landes begnügen. Die Viehzucht ist der hautsächlichste Erwerbszweig; auf 1000 Einwohner entfallen 31,8 Rinder, 58,4 Schafe, 11,5 Ziegen, 8,1 Schweine und 11,2 Pferde, meist Lastpferde. Dafür haben je 165 Einwohner ein Gasthaus, 2815 eine Schule und auf 7 entfällt ein Haus.

Die Dörfer liegen weit voneinander; zuerst waren es Familieneinheiten. Die Häuser sind aus Holz gebaut und haben gewöhnlich nur zwei Räume. Einen, in dem sich der Herd befindet und in dem sich die Familie aufhält und einen zweiten, wo sie schläft. Betten gibt es nicht. Alle liegen in ihren Tagesanzügen mit Teppichen bedeckt am Boden.

Fast alles, was Hof und Feld bieten, verbraucht die Familie. Nur ein sehr kleiner Teil davon wird verkauft, womit die Steuern gezahlt und alles das angekauft wird, was der Bauer nicht selbst erzeugt. Das sind besonders Petroleum, Zünder, Opanken, Werkzeug und einige Kleidungsstücke.

Der hauptsächlichste Erwerbszweig ist die Viehzucht, von der in ersten Linie die Familie lebt. Etwas Käse wird verkauft, die Preise werden aber von Händlern niedergehalten, die sich ihrerseits selbst mit Käsewirtschaft beschäftigen. Die Bauern haben weder Interessengemeinschaften, noch irgend eine andere Möglichkeit ihre Ware ausserhalb der nächsten Stadt, die ihnen als einziges Absatzgebiet übrigbleibt, zu plazieren. So wie die Arbeitsmethoden des Bauern primitiv sind, so ist auch sein Begriff über den Erwerb primitiv. Er hat sich in die Geldwirtschaft noch nicht eingeschaltet.

Die Agrikultur besteht im Anbau gewisser Getreidearten, die in dieser Meereshöhe gedeihen können. Das sind Gerste, Hafer und Gerstel. Gemahlen wird in Bachmühlen; im Hafermehl bleiben die scharfen Hüllen zurück, die im Brot wie richtige Nadeln wirken.

Die dortigen Banken spielen keine glänzende Rolle. Es wurden bis 70% Zinsen genommen, von privaten Wucherern wurden auch 200% verlangt.

Was die Ausgaben betrifft, deren Ziel fast ausschliesslich die Erhaltung der Familie betrifft, so werden sie ziemlich planlos gemacht. Man lebt von heute auf morgen und je nach der Ernte. Ist sie einmal in einem Jahre ergiebiger, so wird das Mehr nicht zur Verbesserung des Standartes aufgewendet, sondern es

werden damit Misstände aus früheren Jahren wettgemacht. Die Ernährung ist sehr spärlich: hauptsächlich wird Hafer- oder Maisbrot gegessen, seltener Bohnen, Kraut, Zwiebel und Milchprodukte. Fleisch kommt nur an grossen Feiertagen auf den Tisch. Nur in den Tälern findet man auch Weizenbrot.

In den Arbeitsmethoden herrscht wegen der schweren Lebensverhältnisse Resignation. Ein Mäher, der zu den gesuchtesten Arbeitern gehört, bekommt täglich 8 Dinar und die Verpflegung. Gewöhnlich leistet die ganze Arbeit die Familie mit eigenen Kräften.

Diesen ökonomischen Verhältnissen entspricht auch der gesundheitliche und seelische Zustand der Bevölkerung. Nur die moderne Hygiene-Politik, die auch in diesen Gebieten fühlbar zu werden beginnt, hat einige Resultate gezeitigt.

Aus dem Kapitel über die Herkunft und die Verbreitung der endemischen Syphilis, das Dojmi bearbeitet hat, geht auf Grund neuer historischer Dokumente hervor, das die endemische Syphilis in Bosnien nicht nur durch türkische Heere im 18. Jahrhundert aus dem Osten eingeschleppt wurde, wie das bisher fast allgemein angenommen wurde, sondern dass man ihre Spuren bis ins 16. Jahrhundert zurückverfolgen kann, als Heere aus dem Westen in Bosnien einfielen (das venezianische Heer im J. 1686., Eugen von Savoyen, 1697., der bis Sarajevo vorstiess; während des ganzen 18. und 19. Jahrhundert drangen von Zeit zu Zeit österreichische Heere ein). Es ist also sehr wahrscheinlich, dass sich die Syphilis in Bosnien und der Herzegowina als endemische Krankheit überwiegend infolge der Einfälle verschiedener Heere aus dem Osten und Westen entwickelte. Die endemische Syphilis in Bosnien und der Herzegowina ist demnach weder ihrem Ursprunge, noch ihrem Alter nach einheitlich. Deshalb kann man auch ihre Symptomatologie nicht mit einer angeblichen frischen, explosiven Infektion mit Syphilis im 18. Jahrhundert in Kausalnexus bringen. Das Volk nennt die Krankheit »frenjak« oder »franca«, was vom türkischen »frenga illata« herrührt und französische Krankheit bedeutet.

Die Karten auf S. 45, 46, zeigen den Prozentsatz der infizierten Bevölkerung in den einzelnen Gebieten Bosniens und der Herzegowina in den Zeitabschnitten von 1905 bis 1911 und 1927 bis 1933. Die hauptsächlichsten Endemieherde sind fast die gleichen geblieben. Fojnica, Zenica, Visoko, Gračanica, Travnik und Tuzla, also grösstenteils schwer zugängliche gebirgige Gebiete Zentralbosniens. Den grössten Hundertsatz der Infizierten im den Jahren 1927 bis 1933 weist der Bezirk Fojnica mit 25,55% auf. In der Tabelle Nr. 1 von Dojmi ist als Anzahl aller Infizierten in den Jahren 1905 bis 1911 41.398 angegeben; in der Tabelle Nr. 2 in den Jahren 1937 bis 1933 ist diese Anzahl 76.496; die Gesamtbevölkerung zählte 1,760.530; untersucht werden insgesamt 483.153 Leute. Was die Gesamtzahl der Infizierten betrifft, so besteht nur ein scheinbarer

Unterschied, da in der Tabelle Nr. 1 die latenten Syphlitiker nicht berücksichtigt sind (keine serologische Untersuchung). Auch bisher wurde nicht die Gesamtbevölkerung von Bosnien und der Herzegowina durchuntersucht, doch kann mit ziemlicher Sicherheit behauptet werden, dass heute die Zahl der endemischen Syphilitiker in Bosnien und der Herzegowina ungefähr 100.000 beträgt.

Die endemische Lues bei Kindern hat Dragišić bearbeitet. Wie aus Tabelle Nr. 1 ersichtlich (S. 168), untersuchte er 935 Kinder; davon waren 160 (17%) luetisch. Es hatten 59 (36%) Symptome kongenitaler Lues, so z. B. Coryza syphilitica, Pemphigus syphiliticus, Osteochondritis, Tumor lienis et hepatis, Striae Parroti usw. Anamnestisch wurden Früh- und Totgeburten festgestellt.

Dragišić beschreibt zwei Primäraffekte und zwar bei einem 8-jährigen Knaben an der Unterlippe und bei einem 13-jährigen Mädchen auf der Tonsille. Von Schleimhautsymptomen des Sekundärstadiums fand er in vielen Fällen eine Laryngitis luetica. Häufig war der Befund von Schleimhautpapeln im Munde und von Condylomata lata. Die grösste Anzahl der Fälle mit papulösen Effloreszenzen wurde im späten Kindesalter gefunden. Ein Alopecia areolaris syphilitica fand er in 6 Fällen. Im ganzen wurden Schleimhautveränderungen 18-mal und disseminierte Hautexantheme 2-mal festgestellt. Lues latens bestand in 80 Fällen, was genau die Hälfte aller syphilitischen Kinder darstellt. Manifeste destruktive gummöse Veränderungen an den Knochen fand er 2-mal, eine Sattelnase 39-mal. In 20% der Fälle (32 Kinder) beobachtete er syphilitische Knochen- und Gelenksveränderungen und zwar am häufigsten bei Kindern von 10 bis 12 Jahren als Periostitis und Ostitis luetica an beiden Tibien. Selten waren typische Hutchinsonsche Zähne, dafür konnte er mehrere verschiedene andere Zahnanomalien beobachten, die einige Autoren als für Lues charakteristisch betrachten. Da jedoch die Anzahl rachitischer Kinder ungemein gross (bis 83%) ist, so war es nach der Meinung von Dragišić sehr schwer die luetischen von den syphilitischen Zahnveränderungen zu unterscheiden. Eine Keratitis parenchymatosa (s. bei Španić), die wie die Zahnveränderungen den tardiven Formen der kongenitalen Lues angehört, fand er nur einmal. Luetischer Hydrocephalus kam bei 12 Kindern vor, dass jüngste war 4 Monate, dass älteste 12 Jahre alt. Unter seinen Fällen war keine juvenile Tabes oder Paralyse vorhanden (s. bei Lopašić). Ob einige Fälle von spastischer Hemiplegie, Littlescher Krankheit und Epylepsie und ein Fall von spastischer Diplegie luetischer Natur waren, lies sich nicht entscheiden. Auffallend war die relative Häufigkeit der mongoloiden Idiotie. Dragišić ist der Meinung, dass man nicht a priori die Ansichten der französichen Autoren über heredodystrophische Veränderungen und häufiges Vorkommen kongenitaler Anomalien bei syphilitischen Kindern ablehnen kann, da er sie am häufigsten

in denjenigen Gebieten fand, wo es die grösste Anzahl syphilitischer Kinder gab. Die riesige Letalität der Kinder, die im ersten Lebesjahr fast 40% beträgt, wird gutenteils auch durch die endemische Syphilis bedingt.

Auf Grund seiner Befunde schliesst Dragišić dass bei Kindern keine Unterschiede, weder in der Symptomatologie, noch im Verlauf zwischen endemischer und sporadischer Lues bestehen. Wenn nicht eine diaplacentare Infektion stattgefunden hat, infizieren sich die Kinder später extragenital und zwar am häufigsten bukkal. Mit Hinsicht auf das Angeführte kommt der endemischen Syphilis bei Kindern keine besondere Stellung zu.

Das Kapitel über die Epidemiologie und die Manifestationen der endemischen Syphilis bei Erwachsenen an der Haut, Schleimhaut und den Knochen bearbeiteten Kogoj und Vuletić (S. 169 u. 170).

Sie stellten fest, dass sich die Epidemiologie der endemischen Lues von der der sporadischen prinzipiell unterscheidet. Wenn man von der kongenitalen Syphilis absieht, kann man sagen, dass bei der endemischen Syphilis diejenigen Infektionsmodi, die bei der sporadischen gewöhnlich vorkommen, eine Ausnahme bilden und umgekehrt. Bei der endemischen Lues erfolgt die Infektion in der weitaus grösseren Anzahl der Fälle extragenital und nicht genital. Deshalb lokalisiert sich der Primäraffekt fast ausnahmslos an den Lippen oder in der Mundhöhle. Das muss deshalb hervorgehoben werden, weil A. Glück mit seiner Schule der Ansicht war, dass eines der Hauptcharakteristika der endemischen Lues in Bosnien das Fehlen von Primäraffekten sei, da die Infektion durch direktes Hineintragen der Spirochäten in die Blutbahn (Syphilis d'emblée) erfolge, wobei angeblich als Mittler Läuse, Flöhe und Wanzen eine Rolle spielen. Als Art der Verbreitung der endemischen Syphilis kommt die indirekte (Ess- und Trinkgeräte, verschiedene andere Gegenstände, Tatauieren, Beschneiden, Rauchen usw.) und die direkte Übertragung (Küssen, Geschlechsverkehr usw.) in Betracht. Die häufigste mittelbare Übertragungsart ist die Anwendung desselben Essgerätes durch viele Personen, was bei der dortigen bäuerlichen Bevölkerung fast die Regel ist. Aber auch für alle übrigen Übertragungsarten der mittelbaren Übertragung gibt es eine grosse Zahl von Beispielen, wie darüber von den dortigen Ärzten berichtet wird.

Weiters ist die endemische Lues dadurch gekennzeichnet, dass sie am häufigsten im Kindesalter auftritt und sich zu dieser Zeit auch verbreitet. Von diesem Standpunkt aus ist die endemische Syphilis vor allem eine Kinderkrankheit. Aus dieser Tatsache heraus werden auch manche angebliche Besonderheiten der endemische Syphilis verständlich, die jedoch nur scheinbar solche sind. So wird z. B. hervorgehoben, dass bei mit endemischer Lues behafteten Frauen Früh- und Totgeburten relativ selten sind, was verständlich wird, wenn man bedenkt,

dass die Infektion bei der Mutter gewöhnlich schon lange vor Eintritt der sexuellen Reife erfolgt ist. Aus der Epidemiologie ist weiters auch erklärlich, dass die endemische Syphilis häufig den Typus einer Familienkrankheit aufweist.

Wie aus der Tabelle Nr. II ersichtlich ist, wurden während der ersten Enquete ungefähr 3000 Erwachsene untersucht; davon waren 538 Luetiker. Die grösste Zahl davon waren Muselmannen. Obwohl es zweifellos ist, dass die absolute und relative Anzahl der Infizierten am grössten unter den Muselmannen ist, zeigen doch die in der Tabelle angeführten Zahlen nicht das richtige Verhältnis der Infizierten der Konfession nach an, da nicht die Gesamtbevölkerung der Bezirke, wo die Enquete stattfind, untersucht wurde. Aus demselben Grunde haben auch die Zahlenangaben in Tabelle Nr. III. keinen Wert für die prozentuelle Beurteilung der Infektion mit Syphilis der Bevölkerung in den angeführten Rayons.

Die relativ grosse Anzahl der gefundenen luetisch infizierten Frauen haben wir dem Umstande zu verdanken, dass die Frauen von unserer Ärztin, Frau Dr. Plasaj untersucht wurden. Von einem Arzte hätten sich nämlich nur eine ganz geringe Anzahl muselmannischer Frauen untersuchen lassen.

Aus der Tabelle Nr. IV. ersieht man die Zahl der beobachteten luetischen Manifestation des Primär-, Sekundär- und Tertiärstadiums an der Haut, den Schleimhäuten und Knochen und der latenten Lues aus der ersten Enquete.

In beiden Enqueten fanden wir 4 floride Primaraffekte. Zwei davon beschrieb, wie schon angeführt, Dragišić und Gušić. Den dritten und vierten fanden wir während der zweiten Enquete; es handelte sich um exulzerierte Tonsillarsklerosen bei einem 12 bzw. 10jährigem Kinde. Ausserdem fand Gušić noch eine ganze Reihe sicherer Residuen nach Primäraffekten. Zwei von diesen, die an der Zunge bzw. auf der bukkalen Schleimhaut gefunden wurden, wurden genauer beschrieben. Alle gefundenen Primäraffekte und ihre Residuen waren an den Lippen bzw. in der Mundhöhle lokalisiert, die bei der endemischen Syphilis, wie schon betont wurde, die natürliche porta invasionis bilden. Dass Primäraffekte bisher relativ selten beobachtet wurden, erklären wir mit ihrer ungewöhnlichen Lokalisation und der damit verbundenen oft atypischen oder weniger bekannten Symptomatologie (Tonsille!), ausserdem mit der Tatsache, dass die Infektion gewöhnlich im frühen Lebensalten erfolgt und die Umgebung an eine Erkrankung erst denkt, wenn es zur Generalisierung gekommen ist usw. Der Primäraffekt bei der endemischen Syphilis will gesucht werden!

Auf Grund unserer Befunde und der Literaturangaben kommen wir zu dem Schlusse, dass sich der Platz, wo die luetische Infektion erfolgte, bei der endemischen Syphilis ebenso wie bei der sporadischen regelmässig durch einen

Primäraffekt manifestiert, der sich am häufigsten bukkal lokalisiert, natürlich soweit es sich nicht um eine kongenitale Syphilis handelt.

Von Sekundärmanifestationen sahen wir disseminierte Frühexantheme und Rezidiverscheinungen verschiedenster Form. Besonders unterstreichen möchten wir die Fälle mit zweifelloser areolärer Alopecie, deren Existenz bei der endemischen Syphilis in Bosnien geleugnet wurde. Als sekundäre luetische Knochenaffektionen in Form von Periostitiden an den Tibien haben wir nur diejenigen aufgefasst, wo ausserdem sekundäre Manifestationen auf der Haut oder Schleimhaut bestanden. Unterschiede zwischen den Sekundärenscheinungen der endemischen und sporadischen Lues konnten wir nicht feststellen.

Latente Fälle fanden wir fast genau 50%, ein Beweis, dass die endemische auch in dieser Beziehung der sporadischen ähnlich ist.

Fast bei einem Viertel aller gefundenen Luesfälle konnten wir eine allgemeine Skleradenitis feststellen, oft ohne irgend ein anderes Anzeichen von Lues.

Ungefähr ein Sechstel aller Syphilitiker (Kinder und Erwachsene) wies Tertiärsymptome auf, teils in Form florider Gummen, teils in Form von Narben und zwar öfter an den Schleimhäuten als an der Haut. Tertiäre luetische Knochenveränderungen (sicher ist hier auch eine oder die andere spätsekundäre Affektion mitgezählt worden) haben wir bei Erwachsenen in 15 Fällen gefunden. Alle haten ostitische und periostitische Veränderungen an den Tibien, welche wir bei Erwachsenen allein berücksichtigten. Auch im Tertiärstadium konnten wir keine prinzipiellen Unterschiede zwischen sporadischer und endemischer Lues aufdecken.

Auf Grund alles Angeführten schliessen wir, dass sich die Syptomatologie der endemischen Syphilis, was Haut, Schleimhaut und Knochen anlangt, in keinen Punkte prinzipiell von den entsprechenden Erscheinungen der sporadischen Syphilis unterscheidet.

In Bezug auf die serologischen Reaktionen bei der endemischen Lues betont Franković, dass sich diese in keiner Beziehung von denen bei der sporadischen Syphilis unterscheiden, d. h., das prozentuelle Verhältnis der positiven und negativen Resultate in den einzelnen Stadien bezw. bei den einzelnen Manifestationen stimmen mit den bei der sporadischen Syphilis gefundenen überein.

Rhinolaryngologisch hat Gušić 496 endemische Syphilitiker untersucht von denem 136, d. i. 27,5% manifeste Erscheinungen an der Nasenschleimhaut aufwiesen, was jedenfalls sehr viel ist. Von seinen Befunden verdienen einige besondere Beachtung. So fand er bei zwei Erwachsenen als einziges luetisches Symptom eine Coryza syphilitica, zweimal sah er im Nasenvorhof graue, warzenähnliche Infiltrate, die granulierten Syphilide von Ricord und Fournier. 90% der luetischen Manifestationen gehörten dem Tertiärstadium an. Den ge-

machten Beobachtungen nach lässt sich die Entwicklung tertiärer Manifestationen zeitlich überhaupt nicht begrenzen: bei einem 2jährigen Kinde z. B. konnte es bis zur Entwicklung gummöser Veränderungen nicht länger als ein halbes Jahr gedauert haben (man fand noch auf der Tonsille eine Narbe nach dem Primäraffekt und regionäre, indolente etwas vergrösserte Drüsen). Sehr häufig waren gummöse Infiltrate im Nasenvorhof, besonders war der knorpelige (!) Septumanteil affiziert. In zwei Fällen wurden Infiltrate an den Choanen beobachtet. Bei Kranken mit frischen tertiären Ercheinungen wurde öfter festgestellt, dass die Schleimhaut der Nasenmuscheln saftig und an einigen Stellen ödömatös ist; diese spezifische Rhinitis des Tertiärstadiums unterscheidet sich von der des Sekundärstadiums dadurch, dass bei letzterer die Schleimhaut blässer und die Sekretion stark und eitrig ist. Als weiteres Stadium der luetischen Entzündung beschreibt Gušić die Hypertrophie der Papillen an den Polen der mittleren Muschel. Hinsichtlich der in 11% der Fälle gefundenen Atrophie der Nasenschleimhaut ist zu sagen, dass diese Schleimhautreaktion in Bezug auf die luetische Infektion ganz und gar unspezifisch ist. Specifische Veränderungen im Epipharynx hat Gušić nicht zu oft gefunden. Am häufigsten waren natürlich luetische Manifestationen des Sekundärstadiums und Tertiärstadiums im Munde, dem Mesopharynx und am Gaumen. Sehr viele sekundäre und tertiäre Veränderungen befanden sich im Larynx; schwerere Perichondritiden und cikatricielle Deformitäten mit stenotischen Symptomen als Folgeerscheinung wurden nicht gefunden. In einen Falle entdeckte Gušić eine tumorähnliche Amyloidose des Rachens, die auf Grund eines luetischen oder paraluetischen Prozesses auf einer alten spezifischen Narbe entstanden ist.

Boić hat unter Mitarbeit mit dem Röntgenologen (Frau Dr. Ribkin) unter 150 röntegonologisch Untersuchten, wobei von 35 Fällen Bilder angefertigt wurden, 4 Fälle (davon mindestens 3 sicher endemische) gefunden, bei denen die sichere Diagnose Aortitis luetica gestellt werden konnte. Der 5. Fall einer luetischen Mesaortitis bei einem endemischen Syphilitiker ist bei einen Parienten der neurologischen Klinik (s. b. Lopašić) auch pathologisch-anatomisch bestätigt worden. Ausserdem bestand bei 12 Fällen Verdacht auf Aortitis. Dass die Zahl der gefundenen Aortitiden relativ klein ist, kann nicht geleugnet werden; sie bleibt z. B. weit hinter derjenigen zurück, die in der Burjato-Mongolei gefunden wurde (111 sichere und 81 verdächtige Fälle von 738 klinisch und röntgenologisch Untersuchten). Es muss aber hervorgehoben werden, dass wir schon am Anfange der Enquete wegen eines auf unserem transportierbaren Röntgenaparat aufgetretenen Defektes gezwungen waren die Kranken vom Untersuchungsort 20 bis 30 km weit ins Spital zur röntgenologischen Untersuchung zu schicken; viele Patienten sind dieser Aufforderung nicht nach-

gekommen. Aber auch auf Gund der vorliegenden Befunde kann über das Vorkommen von luetischer Mesaortitis bei der endemischen Syphilis in Bosnien kein Zweifel mehr bestehen.

Aus der Tabelle Nr. V. (S. 173), ersieht man, an welchen Augenerkrankungen die mit endemischer Lues Behafteten leiden. Die Frage hat Španić bearbeitet. Für uns war es u. a. wichtig zu wissen, ob parenchymatöse Keratitiden bei der endemischen Lues vorkommen. Ausser dem einen schon erwähnten Fall (Dragišić) hat Španić in der ersten Enquete noch 2 Fälle gefunden; ausserdem führt er noch 3 Fälle an, die bei endemischen Syphilitikern an der Augenklinik beobachtet wurden. Festgestellt wurden auch verschiedene luetische Erkrankungen der Augenlider, der Sklera, Uvea und Retina. Španić hat ausserdem eine relativ grosse Anzahl von tabischer Optikusatrophie gefunden, davon ungefähr zwei Drittel im Terrain, den Rest bei klinischen Patienten, die aus mit endemischer Syphilis verseuchten Orten stammten. Verhältnismässig gross ist auch die Zahl von isolierten Pupillarstörungen, wie sie Španić und Lopašić aufführen (s. später); letzterer fand in der ersten Enquete 11 Fälle mehr als Španić. (Der Unterschied in den Zahlen bei diesem Befunde, und auch bei einigen anderen, stammt daher, dass sich bei den am Terrain vorgenommenen Untersuchungen nicht alle Kranke bei allen Ärtzten meldeten).

Auf Grund seiner Befunde kommt Španić zum Schlusse, dass die endemische Syphilis in Bosnien an den Augen dieselben Veränderungen hervorruft wie die sporadische.

Sehr instruktiv ist die Tabelle Nr. VI. (S. 173), die übersichtlich die von Lopašić am Zentralnervensystem bei endemischen Syphilitikern erhobenen Befunde bringt. Sie zeigt die ganze Mannigfaltigkeit der Nervenlues in den endemisch verseuchten Gebieten, die in keiner Weise in ihrer Vielfältigkeit hinter den bei der sporadischen Syphilis vorkommenden zurückbleibt. Über das Vorkommen der parenchymatösen Nervensyphilis bei der endemischen Syphilis in Bosnien kann nach den Befunden von Lopašić kein Zweifel mehr bestehen. Sie sind umso kostbarer, als sie von zwei Enqueten stammen, die in zwei räumlich weit getrennten Endemieherden stattfanden und durch 6 in der Nervenklinik in Zagreb durch lange Zeit beobachtete endemische Fälle ergänzt werden; bei einem von diesen Fällen (Tabes dorsalis) wurde die Diagnose auch pathologisch-anatomisch bestätigt.

In der ersten Enquete wurden allgemein neurologisch 1546 Leute, davon genau psychiatrisch und neurologisch 162 Leute untersucht. Der Liquor wurde bei 43 Fällen untersucht. Von den 162 Fällen konnte Lopašić für seine Ausführungen 78 verwenden. In der zweiten Enquete wurden neurologisch ungefähr 100 Leute untersucht, davon sehr genau neurologisch und psychiatrisch

31; der Liquor wurde bei 29 Fällen untersucht. Aus der zweiten Enquete verwendete Lopašić 17 Fälle. Wie man aus der Tabelle ersieht, wurden u. a. gefunden 2 progressive Paralysen im Terrain, eine bei einem endemischen Syphilitiker auf der neurologischen Klinik in Zagreb und 2 Taboparalysen. Die Dauer der Latenz entspricht ungefähr der bei der sporadischen Lues. Besonders soll betont werden, dass von diesen 5 Fällen keiner vor dem Erscheinen der ersten psychischen Symptome behandelt wurde. Bei keinem von diesen 5 Fällen wurden Residuen nach tertiären Prozessen gefunden.

Sichere Fälle von Tabes fand Lopašić bei 17 endemischen Syphilitikern an Ort und Stelle, ausserdem konnte er 5 an seiner Klinik beobachten. 6 von diesen Fällen wurden überhaupt nie behandelt, 4 begannen mit der Behandlung erst nach dem Erscheinen tabischer Symptome, d. h. bei 10 Fällen fand keine vorhergehende Behandlung statt. Vor dem Auftreten von tabischen Erscheinungen wurden, meist unregelmässig, 12 Fälle behandelt. Von diesen Fällen soll besondern ein Fall von Tabes bei einem 13jähr. Kind hervorgehoben werden; das Krankheitsbild war typisch (Pupillenstarre, Areflexie, Optikusatrophie). Von 12 Fällen rudimentärer, atypischer Tabes sind 10 unbehandelt, 2 machten eine regelmässige Behandlung durch. In die Grupe der Tabes-verdächtigen Fälle hat Lopašić diejenigen Fälle eingereiht, bei denen er sich nicht entscheiden konnte, ob er sie zu den Fällen von ausgeheilter cerebraler Lues oder zu den Fällen von sehr milder rudimentärer und stationärer Tabes zählen soll. Bei 38% fand er sehr starke und häufige nächtliche Kopfschmerzen, was für einen subakuten oder chronischen meningitischen Prozess luetischen Ursprunges sprechen würde. Die rudimentären Formen der Tabes bei der endemischen Syphilis sind für sie nicht charakteristisch, weil in neuerer Zeit diese Form auch bei der sporadischen Syphilis immer häufiger diagnostiziert wird.

Aus dem tabischen Symptomenkomplex wurden am häufigsten erloschene oder abgeschwächte Pateller- bezw. Achillessehnenreflexe festgestellt und zwar in 86% bezw. 85% der Fälle; Pupillarstörungen in 85%; reflektorische Starre an einem oder beiden Augen in 78% der Fälle; lanzinierende Schmerzen in 37%; genuine Optikusatrophie in 25%; Argyll-Robertson in 25% usw. Vorherrschend war der lumbodorsale Typus. In 15% wurden neben tabischen Erscheinungen gummöse Narben gefunden, die teilweise schon vor dem Erscheinen der ersten tabischen Symptome, teilweise während der langsamen Entwicklung der Tabes entstanden sind. Das Durchschnittsalter, in dem die ersten tabischen Symptome erschienen, lag zwischen dem 30. und 35. Lebensjahr. Auch das bestätigt die Meinung, dass die Infektion häufig in die ersten Lebensjahre fällt, wenn die Inkubation, wie man annimmt, länger ist bei Infektionen, die im reifen Lebensalter erfolgen. Gleichwie Beringer in der

Burjato-Mongolei feststellte, kann auch bei den endemischen Syphilitikern in Bosnien keine rechte Korrelation zwischen der Schwere der Erkrankung, ihrem Verlauf und dem Liquorbefund gefunden werden.

Das Vorhandensein der Lues cerebri hat auch die Glücksche Schule nicht geleugnet. Von der verhältnismässig grossen Anzahl der Fälle mit cerebraler Lues, die sich durch isolierte Störungen der Pupillen meldet, sind ein grosser Teil verheilte Fälle, die meist bei jungen Leuten (von 21 bis 40 Jahren) gefunden wurden. Unter den cerebralen Lues-Fällen befanden sich auch 3 mit epileptiformen Krämpfen.

Abschliessend kann man sagen, da man bei der endemischen Lues in Bosnien am Nervensystem alle diejenigen Manifestationen findet wie bei der sporadischen: progressive Paralyse, Taboparalyse, akute und chronische Tabes-Formen, von den ausgesprochensten bis zu den rudimentärsten, verschiedene akute und chronische Formen der meningo-vaskulären und vaskulären Syphilis.

Da bei den Tabesfällen auch tertiäre Veränderungen gefunden wurden, muss man schliessen, dass kein so augesprochener Antagonismus zwischen tertiären Manifestationen und parenchymatöser Lues besteht, wie man allgemein dafürhält. Im allgemeinen besteht kein Unterschied zwischen der endemischen und sporadischen Lues, auch nicht was die Erkrankungen des parenchymatösen Nervensystem betrifft. Man könnte höchstens sagen, dass es viel aypische, rudimetäre und stationäre Formen gibt, die nach Lopašić durch einen besonderen endogenen Faktor bedingt werden; eine von seinen Komponenten sind wahrscheinlich Superinfektionen, die bei der sporadischen Syphilis nicht vorkommen.

Biologische Untersuchungen mit Spirochätenstämmen von endemischer Syphilis führte Vuletić aus. Er isolierte einen Stamm auf Kaninchen aus dem Blute eines endemischen Syphilitikers mit frischem papulösem Exanthem an der Haut und den Schleimhäuten und einen zweiten auf Mäusen aus breiten Kondylomen. Beide Stämme wurden Kaninchen subskrotal eingeimpft und zeigten in der 2. bezw. 3. Passage typische Primäraffekte (s. Abb. S. 163 u. 164) mit einer grossen Zahl von Spirochäten. Vuletić hat also als erster einen Stamm bosnischer endemischer Spirochäten isoliert und experimentell bewiesen, dass in Bezug auf das Auftreten von Primäraffekten nach Impfung von Tieren mit frischem infektiösem Material vom Menschen zwischen endemischen und sporadischen Spirochätenstämmen kein Unterschied besteht.

Die Ergebnisse unserer beiden Enqueten können in folgenden 3 Punkten zusammengefasst werden:

1) Die endemische Syphilis in Bosnien unterscheidet sich von der sporadischen dadurch, das sie — abgesehen von der kongenitalen Lues — in einer gros-

sen Anzahl der Fälle eine Erkrankung des Kindesalters ist, oft familiären Typus aufweist und die Infektion fast regelmässig extragenital entsteht mit dem Sitz des Primäraffektes an den Lippen bezw. in der Mundhöhle.

2) Die Symptomatologie der endemischen Syphilis ist die gleiche wie bei der sporadischen; es bestehen keine Unterschiede was das Auftreten visceraler und besonders auch nicht was das Auftreten der Syphilis des parechymatösen Nervensystems anlangt.

3) Die Behandlung steht in keinem ursächlichem Verhältnis zur Entwicklung der visceralen und Nervenlues (Lues cerebri, Tabes, Paralyse), was durch die Tatsache bewiesen wird, dass sich die Mehrzahl dieser Fälle überhaupt keiner Behandlung unterzogen hat.

APERÇU GÉNÉRAL SUR LA SYPHILIS ENDÉMIQUE EN BOSNIE

Fr. Kogoj et A. Vuletić.

Le problème de la syphilis endémique (S. E.) en Bosnie et Herzégovine (B. H.) a revêtu un caractère très actuel ces dernières années. En 1927 on a entrepris une lutte énergique dans le but d'en finir avec la syphilis en tant que maladie endémique. Sous l'influence de la théorie de Willmanns, de divers côtés on a émis la réserve qu'étant donné la thérapeutique moderne, aux caractères frustes et dermotropiques de la S. E. pourraient se substituer les formes plus sérieuses de la syphilis sporadique (S. S.).

A partir de 1930, des initiatives ont été prises de divers côtés (Vuletić, Kogoj, Dojmi, etc.) afin d'organiser une enquête menée par de spécialistes. Cette enquête devait permettre d'étudier la clinique et l'épidémiologie de la S. E. dans les régions mêmes où sévissait cette maladie. Malheureusement on n'a pas pu réaliser ce projet. La question de la S. E. de la B. H. a été à l'ordre du jour du Congrès de dermatologie et de vénéréologie que s'est tenu à Zagreb en 1933. On a alors émis sur les caractères de la S. E. de la B. H des opinions différentes. La thèse de l'école de Glück fut défendue par les rapporteurs: la S. E. de B. se distingue de la S. S. en ce que l'effet primaire, les affections de l'appareil cardio-vasculaire et d'autres organes internes, notamment celles du tissu nerveux parenchymateux sont très rarement observés dans le premier cas. Vuletić, après avoir observe 14.000 cas, soutient au contraire »qu'il n'y a aucune différence en ce qui concerne les organes atteints. Dans la S. E., dit-il, on relève également l'effet primaire et les affections des vaisseaux et d'autres organes internes y compris celles du système nerveux parenchymateux (tabès, paralysie générale). Il n'y a aucun critère qui permette d'assigner à la S. E. la place spéciale qu'on voudrait lui donner dans la syphiligraphie. Les différences, quand il y en a, sont de degré et non de nature et elles proviennent de ce que les méthodes appliquées ont été souvent insuffisantes«.

Une enquête s'imposait donc, menée par des personnes compétentes, pour vérifier l'exactitude des 2 thèses en présence.

A la demande de l'Ecole de santé publique de Zagreb qui s'intéresse particulièrement à l'étude de la pathologie sociale, la fondation Rockefeller a

accordé des subventions qui ont permis d'entreprendre 2 enquêtes. Vuletić a été charge de l'organisation par l'École de santé publique. Cette institution a demandé à la Faculté de médecine de Zagreb de collaborer à ces travaux. Celle-ci a accepté et a délégué certains de ses membres. La commission de la première enquête se composait des personnalités suivantes: Fr. K o g o j, professeur à la Faculté et A. V u l e t i ć en qualité de vénérologues, Vl. F r a n k o v i ć en qualité de sérologue, R. L o p a š i ć, professeur de neurologie, B. D r a g i š i ć docent de pédiatrie, A. Š p a n i ć docent d'ophtalmologie, V. B o i ć spécialiste des maladies internes, Mme R. R i b k i n, radiologiste, B. G u š i ć docent d'otorhinolaryngologie, Mme P l a s a j, gynécologue. Ont collaboré à l'enquête: Lj. P o p o v i ć en qualité de sociologue, J. R a s u h i n en qualité de médecin social ainsi que MM L. D o j m i et D. O r l i ć vénérologues de la région où l'enquête a été menée.

L'enquête a été faite au cours du mois de juillet 1934 au foyer endémique, sur la montagne Vlašić (2.000 m d'altitude environ), et sur ses pentes qui comprennent les districts de Travnik et de Bugojno. Il s'agit de contrées difficilement accessibles. Les voyages ont du être effectués à dos de mulet et c'est ainsi que l'on a transporté tout le matériel technique (appareil de rayons X, etc.). Au cours de la première enquête on a examiné environ 7.800 adultes et enfants parmi lesquels on a trouvé 698 syphilitiques.

Une deuxième enquête a été menée par MM. K o g o j, V u l e t i ć et L o p a š i ć au mois de septembre 1935, en bordure du foyer endémique (districts de Bihać et de Cazin) dans le but de complèter les résultats de la première enquête. Elle a duré 8 jours. On a examiné 800 sujets parmi lesquels on a trouvé 200 syphilitiques.

Les conditions sociales et économiques du district de Travnik ont été étudiées par M. L. P o p o v i ć. Plus de la moitié du chiffre des décès fourni par la statistique de 1933, concerne des enfants morts dans leur première année. Il est curieux de constater que dans cette région peuplée de catholiques, de musulmans et d'orthodoxes le chiffre des naissances est plus élevé que partout ailleurs (51,5‰). De ce fait, bien que la mortalité soit elle aussi très forte (28,3‰) l'excédent est cepedant très important (23,2‰). Les maladies infectieuses et, chez la femme, l'accouchement sont les facteurs principaux de la mortalité.

Le niveau culturel est très bas. Dans certains villages pas un habitant ne sait lire ni écrire. A Gornji Vakuf 11,4% des habitants savent écrire. La majeure partie de la population est répartie dans des villages. Pour 45.000 habitants il y a 18.000 hectares de terre arable. L'élevage constitue la principale ressource économique: pour 100 habitants on compte 31,8 boeufs, 58,4 moutons,

11,5 chèvres, 8,1 porcs, 11,2 chevaux, de trait pour la plupart. Par contre il y a un cabaret pour 165 habitants, une seule école pour 2.815 habitants et une maison pour 7 personnes.

Les villages, très éloignés les uns des autres, sont d'origine patriarcale. Les maisons, presque toutes de bois, sont divisées en 2 parties; l'une réservée à la cuisine où vit toute la famille pendant le jour, l'autre dont les murs sont enduits de crépi ou couverts de torchis, sert de chambre à coucher: pas de lit, on s'allonge tout habillé sur des tapis.

Presque tous les produits sont destinés à être consommés. Seule, une très faible partie est portée au marché où elle sera échangée contre une somme modeste qui servira à payer les contributions et à acheter tout ce que le paysan ne peut pas produire lui même: pétrole, allumettes, chaussures, pioches, savon et certaines pièces d'habillement.

Presque tout le bétail est destiné à l'alimentation de la famille. Une partie des fromages est portée au marché de la ville. Mais les commerçants qui dirigent l'industrie laitière achètent à des prix dérisoires. Les paysans n'ont pas de coopératives ou d'autres associations qui leur permettent de vendre leurs produits ailleurs qu'à la ville. L'idée qu'ils se font de la vie économique est aussi primitive que leurs instruments de travail. Les paysans ne bénéficient pas encore des avantages du crédit.

La vie agricole se réduit à la culture des céréales qui supportent une grande altitude: seigle, avoine, sarrasin. Le grain est moulu dans de petits moulins à eau. La farine d'avoine est si grossière que l'enveloppe du grain se retrouve dans le pain sous la forme d'aiguilles.

L'action des banques locales est des plus néfastes. Le taux de l'intérêt atteint parfois 70%. Les usuriers prêtent quelquefois à 200%.

Pas de budget familial; on vit au jour le jour et tout dépend de la récolte. Si une année la récolte a été particulièrement bonne, l'excédent ne sera pas employé à améliorer le standard mais à réparer les dommages et les pertes des mauvaises années. L'alimentation est des plus pauvres. On se nourrit presque uniquement de pain obtenu avec de la farine de seigle, de maïs, quelquefois même de haricots secs. A cela il faut ajouter les choux, les oignons et les laitages. On ne mange de la viande qu'à l'occasion des grandes fêtes. Ce n'est que dans la vallée que l'on trouve du pain fait avec de la farine de blé.

Des conditions de vie aussi difficiles font que les ouvriers agricoles se contentent de peu: le moissonneur, considéré comme l'ouvrier le mieux rétribué, ne touche que 8 dinars par jour s'il est nourri. En général la famille travaille elle-même sa propriété. L'état sanitaire correspond à la situation économique. Seules les conceptions modernes de l'hygiène sont parvenues à donner quelques résultats dans ces régions déshéritées.

Le chapitre de l'origine et de la diffusion de la S. E. est traité par Dojmi. Des documents historiques récents montrent que la S. E. en Bosnie n'est pas uniquement due à l'invasion turque du XVII^e siècle comme on l'avait généralement admis jusqu'à présent. On peut, en effet, faire remonter cette maladie au XVI^e siècle, qui marque le début des invasions occidentales (les armées vénitiennes en 1686; Eugène de Savoie qui en 1697 arriva à Sarajevo; des nombreuses armées autrichiennes aux 18^e et 19^e siècles). Il est probable que la S. E. s'est principalement développée à la suite des diverses invasions militaires venues de l'orient et de l'occident. La question de l'origine de la S. E. de B. H. est donc complexe.

Il ne faut donc pas admettre que la symptomatologie de la S. E. ait son origine dans la prétendue infection explosive de la syphilis au XVIII^e siècle. Le peuple appelle la syphilis »frenjak« ou »franca«, termes qui proviennent des mots turcs »frenga illata«, qui signifient maladie française.

Les tableaux de la page 45, 46, donnent le pourcentage des syphilitiques de diverses régions de B. H., de 1905 à 1911 et de 1927 à 1933. Les principaux foyers endémiques sont restés les mêmes: Fojnica, Zenica, Visoko, Gračanica, Travnik et Tuzla. Le plus souvent il s'agit de régions montagneuses, difficilement accessibles, du centre de la Bosnie. Le pourcentage le plus élevé, de 1927 à 1933, est enregistré dans le district de Fojnica avec 25,55%. Le tableau numéro 1 fournit le chiffre total des syphilitiques. Ce chiffre est de 41.398 pour les années comprises entre 1905 et 1911. Le tableau numéro 2 fournit le chiffre de 76.496 pour les années comprises entre 1927 et 1933. Le chiffre total de la population est de 1,760.530 habitants et l'on a examiné 483.153. Lorsqu'on rapproche les chiffres fournis par les deux statistiques, il faut tenir compte que la différence est due à ce que le tableau numéro 1 porte sur des années où la réaction de Wassermann n'était pas pratiquée. Les cas de syphilis latente n'y sont donc pas compris. Bien qu'on n'ait pas examiné toute la population de la B. H. on estime à 100.000 environ le nombre des sujets atteints de S. E.

Le chapitre de la S. E. des enfants a été traité par Dragišić. Il a examiné 935 enfants (voir le tableau numéro 1) parmi lesquels il a relevé 160 cas de syphilis (17%). Parmi ceux-ci, 59 cas (36%) présentaient les signes de la syphilis congénitale tels que coryza syphilitique, pemphigus syphilitique, ostéochondrite, hépatosplénomégalie, stries de Parroti, etc. On a relevé de nombreux cas d'enfants morts-nés ou venus avant terme.

Dragišić étudie deux cas d'effet primaire. L'un s'est manifesté à la lèvre inférieure, chez un garçon de 8 ans et l'autre à l'amygdale, chez une fillette de 13 ans. Passant en revue les phénomènes muqueux de la période secondaire, il relève 7 cas de laryngite syphilitique. Entre autres manifestations fréquentes

il note des papules de la muqueuse buccale ainsi que des condylomes. La plupart des manifestations papuleuses ont été observées au cours de la deuxième enfance. Six cas d'alopécie aréolaire syphilitique ont été relevés. Les modifications muqueuses ont été observées en tout 18 fois et l'exanthème disséminé, 2 fois. La syphilis s'est présentée sous sa forme latente dans 80 cas ce qui représente exactement la moitié des cas de syphilis infantile examinés. Des manifestation gommeuses destructives de l'os ont été observées 2 fois, la déformation »le nez en selle«, 39 fois. Chez 32 enfants (20% des cas) on a observé des modifications syphilitiques osseuses et articulaires qui se présentaient le plus souvent sous la forme d'une otite spécifique et d'une périostite du tibia, notamment chez les enfants de 10 à 12 ans. Les dents de Hutschinson typiques ont été rarement observées. Plus fréquentes ont été d'autres anomalies dentaires caractéristiques de la syphilis. Etant donné le nombre élevé d'enfants rachitiques (83% environ), il serait difficile, d'après Dragišić, de distinguer les modifications dentaires de nature syphilitique des modifications d'origine rachitique. La kératite parenchymateuse (voir Španić), forme tardive de la syphilis congénitale au même titre que les modifications dentaires, n'a été observée qu'une fois. L'hydrocéphalie syphilitique a été observée chez 12 enfants dont le plus jeune avait 4 mois et le plus âgé, 12 ans. Le tabès juvénile et la paralysie générale n'ont jamais été observés (voir Lopašić). On a observé quelques cas d'hémiplégie spastique, de maladie de Little, d'épilepsie et un cas de diplégie spastique. Mais on n'a pas pu établir s'ils étaient d'origine syphilitique ou non. Les mêmes doutes se sont élevés au sujet des troubles endocryniens. On a particulièrement remarqué la fréquence de l'idiotie mongolienne. Dragišić a enregistré des cas d'hérédodystrophie et a noté des anomalies congénitales spécialement dans les régions d'élection de la syphilis infantile. D'après Dragišić, cela confirme la thèse des auteurs français. Le chiffre des enfants morts dans leur première année est très élevé (40% environ) et il est dû en grande partie à la S. E.

De toutes ces observations, Dragišić conclut qu'il n'existe pas, chez les enfants, de différences entre la S. E. et la S. S. tant en ce qui concerne la symptomatologie qu'en ce qui concerne l'évolution de la maladie. L'infection peut être diaplacentaire ou elle peut se produire ultérieurement chez l'enfant en empruntant une voie extragénitale, le plus souvent la voie buccale. Il ne faut donc pas accorder une place spéciale à la syphilis endémique infantile.

Kogoj et Vuletić ont étudié le chapitre de l'épidémiologie et des manifestations de la S. E. de l'adulte sur la peau, sur les muqueuses et sur les os. D'après eux, il convient de distinguer nettement l'épidémiologie de la S. E. de celle de la S. S. Si l'on excepte la syphilis congénitale, on peut dire que le mode d'infection propre à la forme sporadique ne se retrouve que rarement dans

la forme endémique et inversement. Dans la S. E. l'infection se produit par voie extragénitale, aussi la localisation orale ou buccale de l'effet primaire est-elle presque de règle. Il convient d'insister sur ce point car l'école de G l ü c k considère l'absence de l'effet primaire comme une des principales caractéristiques de la S. E. de Bosnie. D'après cette école l'infection résulterait de l'introduction directe dans le sang du spirochète (syphilis d'emblée). Les poux, les puces, les punaises et peut-être »l'acarus scabiae« en seraient les véhicules. La S. E. peut se propager indirectement (la vaisselle, les objets du fumeur, les tatouages, la circoncision, etc.) ou directement (le baiser, la tétée, les rapports sexuels, etc.). Le moyen indirect de propagation le plus fréquent est encore la vaisselle, étant donné que chez ces populations rurales il est d'usage de se servir de la même assiette et du même verre dans la famille. Les médecins du pays connaîssent encore bien d'autres modes de propagation indirecte.

Une autre caractéristique de la S. E. est qu'elle se manifeste et se propage principalement au cours de l'enfance, ce qui permet de la considérer comme une maladie spécifiquement infantile. Jusqu'à présent on n'a pas assez insisté sur cet aspect épidémiologique. Celui-ci permet d'expliquer le nombre relativement peu élevé d'enfants morts-nés ou nés avant terme alors que l'infection de la mère s'est généralement produite bien avant le développement de celle-ci. Il ne faut donc pas voir là une caractéristique qui appartiendrait en propre à la S. E., mais au contraire le signe que l'infection ne se produit généralement que dans la vie extra utérine. Cela permet également d'expliquer le type familial sous lequel se présente si souvent la S. E.

Comme le montre le tableau numéro 2 (page 169), la première enquête a permis de conclure à 538 cas de syphilis sur 3.000 adultes examinés. La plupart des sujets atteints étaient des musulmans (chiffres absolus et relatifs). Cependant les différents chiffres du tableau ne sauraient permettre d'établir pour chaque religion la proportion exacte des malades car la statistique ne porte pas sur toute la population du district examiné. Pour la même raison, les chiffres du tableau numéro 3 ne permettent pas davantage de fixer exactement le pourcentage de malades dans la région examinée.

La plupart des femmes ont été examinées par une doctoresse Mme Plasaj. Malgré la répugnance qu'éprouvent les musulmanes à consulter le médecin, on ne s'étonnera donc point du grand nombre de syphilitiques que l'enquête a permis de trouver parmi elles.

Le tableau numéro 4 (page 140) exprime en chiffres les manifestation primaires, secondaires et tertiaires de la S. E. sur les muqueuses, la peau et les os et celles de la syphilis latente des adultes observés au cours de la première enquête.

Au cours des deux enquêtes on a trouvé 4 effets primaires. Deux ont été décrits par Dragišić et Gušić. Les trosième et quatrième, nous les avons mis en évidence au cours de la deuxième enquête. Il s'agissait de scléroses amygdaliennes ulcéreuses chez des enfants de 12 et 10 ans. Gušić, a en outre, relevé de nombreuses modifications résiduelles postérieures à l'effet primaire. Deux d'entre elles localisées l'une à la muqueuse buccale, l'autre à la langue ont fait l'objet d'une description détaillée. Tous les effets primaires et toutes ces modifications résiduelles étaient localisés dans la bouche et dans la cavité buccale. Ce sont les voies d'accès habituelles de la S. E. Cette localisation particulière et la symptomatologie atypique qui en résulte (amygdale) expliquent que les effets primaires aient été si rarement observés. L'infection se produisant principalement chez les enfants, on ne pense habituellement à la maladie qu'après sa généralisation. Il convient donc d'apporter une attention spéciale à la recherche de l'effet primaire de la S. E. En s'appuyant sur ces observation et sur les résultats déjà connus, les auteurs concluent que l'infection luétique se manifeste dans la S. E. de la même manière que dans la S. S., généralement par l'effet primaire avec cette différence que dans le second cas l'effet se localise dans la bouche.

Les manifestations secondaires se présentent sous la forme d'exanthèmes disséminés précoces et par des modifications récidivantes à formes multiples. En ce qui concerne la muqueuse on a fait les mêmes observations. Il faut réserver une mention spéciale à l'alopécie et à la leucodermie dont les rapports avec la S. E. de Bosnie ont été, jusqu'à présent, mis en doute. Les manifestations secondaires des os se présentant sous la forme de périostites du tibia n'ont été retenues que dans les cas où elles s'accompagnaient des manifestations secondaires de la peau et de la muqueuse. On n'a relevé aucune différence entre les manifestations secondaires de la S. E. et celles de la S. S.

Cinquante pour cent des cas étudiés étaient des cas de syphilis latente, ce qui prouve que la S. E. peut revêtir cette forme tout aussi bien que la S. S.

Un quart environ des cas de syphilis ont permis d'observer la polyadénite scléreuse sans accompagnement d'autres manifestations luétiques.

Un sixième des luétiques environ (enfants et adultes) ont présenté les symptômes tertiaires sous la forme de gommes florides ou de cicatrices, plus fréquents à la muqueuse que sur la peau. Des manifestations tertiaires osseuses ont été relevées chez 15 adultes (encore faut-il admettre que certaines ne sont que des manifestations secondaires tardives). Seules, les modifications osseuses qui se sont présentées sous la forme d'ostite et de périostite du tibia ont été retenues pour l'examen. Les manifestations tertiaires ne permettent donc pas davantage de différencier la S. E. de la S. S.

En résumé, la symptomatologie de la S. E. de la peau, des muqueuses et des os ne se distingue en rien de la symptomatologie de la S. S.

En ce qui concerne les réactions sérologiques dans la S. E., Franković remarque qu'elles ne se distinguent en rien de celles de la S. S. La proportion des cas positifs et négatifs suivant les différents stades et les différentes manifestations est la même dans les deux formes de la syphilis.

Les examens rhino-laryngologiques ont été fait par Gušić. Parmi les 496 syphilitiques examinés, 136, c'est-à-dire 27%, ont présenté des signes certains à la muqueuse nasale, ce qui constitue un chiffre très élevé. Certaines observations méritent une mention particulière. Chez 2 adultes à réactions sérologiques positives, le seul symptôme manifeste a été un coryza syphilitique. Dans 2 cas on a trouvé dans le vestibule nasal des syphilides granulées de Ricorde et Fournier. 90% des manifestations syphilitiques étaient d'ordre tertiaire. D'après les observations que l'on a pu faire il n'est guère possible de fixer d'une manière exacte la durée de développement des manifestations tertiaires. Ainsi, par ex., chez un enfant de 2 ans cette période n'a pas pu être supérieure à 6 mois car à l'amygdale on a pu encore observer la cicatrice de l'effet primaire accompagnée d'une adénopatie régionale indolore. On a très fréquemment observé des infiltrations gommeuses dans le vestibule nasal. C'est principalement le septum cartilagineux qui a été atteint. Dans 2 cas on a remarqué des infiltrations aux cornets. Chez des malades présentant des manifestations tertiaires récentes on a souvent remarqué que la muqueuse des cornets était injectée et, par places, oedémateuse. Cette rhinite spécifique du stade tertiaire se distingue de celle du stade secondaire en ce que dans le dernier cas la muqueuse est plus pâle et que la sécrétion est abondante et purulente. Dans un stade plus avancé, Gušić décrit l'hypertrophie des papilles aux pôles du cornet moyen. L'atrophie de la muqueuse a été relevée dans 11% des cas étudiés. Cependant il faut retenir que cette réaction de la muqueuse accompagnant l'infection syphilitique n'est pas spécifique. Dans l'épipharynx Gušić a rarement trouvé des modifications spécifiques. Les modifications secondaires et tertiaires ont été le plus souvent localisées dans la bouche, dans le mésopharynx et au palais. Plusieurs d'entre elles ont été observées dans le larynx. On n'a relevé aucun symptôme de sténose dû à des périchondrites graves et à des déformations cicatricielles. Dans un cas, Gušić a observé une amyloïdose tumorale de la gorge consécutive à un processus luétique ou paraluétique et qui avait son origine dans une cicatrice spécifique.

Boić et Mme Rybkin ont pratiqué 150 examens radiologiques dont 35 radiographiques. Ils ont mis en évidence 4 cas d'aortite syphilitique certaine dont 3 sont sans nul doute des cas de S. E. Il faut y ajouter un cinquième cas de mésaortite luétique endémique observé à la clinique neurologique et vérifié anatomiquement (voir Lopašić). On a relevé en outre 12 cas douteux d'aortite. Le nombre d'aortites observées est très peu élevé surtout si on le

rapproche des chiffres obtenus en Mongolie buriate où l'on a enregistré 111 cas certains et 81 cas douteux après 738 examens cliniques et radiologiques. Cependant il faut noter que l'appareil radiologique dont on s'est servi avait été déréglé dès le début de l'enquête. Les sujets qui devaient être soumis à l'examen radiologique étaient obligés de se rendre dans un hôpital distant de 20 à 30 kilomètres. Certains n'y sont pas allés. On peut seulement conlure que la S. E. de la Bosnie provoque parfois des mésaortites.

Après avoir étudié les affections oculaires de la S. E., Španić a dressé le tableau numéro V. (page 173). Il convient de remarquer qu'au cours des recherches on a pu établir l'existence de la kératite parenchymateuse dans la S. E. Ajoutons au cas déjà mentionné (Dragišić) les deux étudiés par Španić au cours de la première enquête. Španić cite encore 3 cas observés à la clinique ophtalmologique et qui sont également dus à la S. E. On a encore observé des affections syphilitiques des paupières, de la sclérotique, de la choroïde et de la conjonctive. Španić a relevé de nombreux cas d'atrophie optique tabétique dont 2 tiers observés sur place et le reste à la clinique. Ces derniers provenaient de régions où sévit la S. E. Le nombre des troubles pupillaires est relativement élevé. Lopašić a trouvé au cours de la première enquête 11 cas de moins que Španić. Cette différence provient de ce que certains malades ne se sont pas présentés à tous les spécialistes de la commission.

D'après les examens de Španić on peut conclure que les affections oculaires de la S. E. de Bosnie ne se distinguent en rien de celles de la S. S.

Le tableau numéro VI (page 173) est des plus instructifs. Il donne les résultats des examens pratiqués par Lopašić sur le système nerveux central de malades atteints de S. E. On remarque les formes variées que peut prendre la S. E. quand elle s'attaque au système nerveux central. A cet égard, elle ne se différencie pas non plus de la S. S. D'après les observations de Lopašić on ne peut plus douter de l'existence de la syphilis nerveuse parenchymateuse de forme endémique. Ces observations sont d'autant plus importantes qu'elles ont été faites au cours de deux enquêtes menées dans deux centres endémiques très éloignés l'un de l'autre. Elles ont été confirmées par 6 autres cas étudiés à la clinique neurologique de Zagreb où les sujets ont été soumis à une observation prolongée. Pour l'un d'entre eux (tabès dorsal) le diagnostic a reçu une confirmation anatomique.

Dans la première enquête 1586 sujets ont été soumis à l'examen neurologique. Un examen psychiatrique et neurologique minutieux a été pratiqué dans 162 cas. La ponction lombaire a été faite dans 43 cas. Lopašić a retenu pour ses travaux 78 cas sur 162. Dans la deuxième enquête on a pratiqué 100 examens neurologiques dont 31 d'une façon particulièrement minutieuse. Dans 29 cas on a eu recours à la ponction lombaire. Lopašić a utilisé pour ses

travaux 17 cas de la deuxième enquête. Le tableau montre qu'on a trouvé 2 cas de paralysie progressive (un troisième cas — syphilis endémique — a été observé à la clinique neurologique de Zagreb) ainsi que 2 cas de tabo-paralysie. La période latente correspond à peu près à celle de la S. S. Il est à remarquer que dans aucun de ces 5 cas le traitement n'a commencé avant l'apparition des premiers symptômes psychiques. Dans aucun de ces cas on n'a trouvé de séquelles des modifications tertiaires.

Lopašić a trouvé sur place 17 cas de tabès certains et il en a étudié 5 dans sa clinique. Six de ces cas n'avaient reçu aucun traitement; 4 n'avaient été traités qu'après l'apparition des premiers symptômes. Dans 10 cas de tabès certains on n'avait donc appliqué aucun traitement préventif. Dans 12 cas on avait appliqué un traitement mais il n'avait pas été suivi. Parmi ces cas il faut surtout retenir celui d'un enfant de 13 ans présentant les symptômes cliniques caractéristiques du tabès: absence de réflexes pupillaires et d'autres réflexes, atrophie de l'optique.

Parmi 12 cas de tabès atypique fruste, 10 n'ont été soumis à aucun traitement et 2 seulement ont été traités d'une façon suivie. Dans le groupe de tabès douteux Lopašić a fait entrer les cas pour lesquels il n'a pas pu décider s'il fallait les ranger parmi les cas de syphilis cérébrale guérie ou parmi ceux de tabès fruste et stationnaire. Dans 38% des cas on a observé de fréquentes et très fortes céphalées nocturnes, ce qui parle en faveur d'un processus syphilitique des méninges subaigu ou chronique. D'après Lopašić, la forme fruste de tabès ne constitue pas une caractéristique propre à la S. E. car on la diagnostique de plus en plus fréquemment dans la S. S.

Les complexes symptomatologiques le plus souvent observés ont été: l'absence ou l'affaiblissement du réflexe patellaire (86%) et du réflexe du tendon d'Achille (85%), certains troubles de l'accommodation (85%), des troubles du réflexe oculaire unilatéraux ou bilatéraux (78%), des douleurs lancinantes (37%), l'atrophie génuine du nerf optique (25%), le signe d'Argyll-Robertson (25%), etc. Le type lombo-dorsal de la maladie prédominait. Dans 15% des cas on a rélevé des cicatrices gommeuses à côté de symptômes de tabès. Certaines cicatrices ont disparu avant les premières manifestations du tabès les autres au cours de son lent dèveloppement. Les premières manifestations du tabès se sont produites généralement entre la trentième et trente cinquième année. Cela confirme la thèse selon laquelle l'infection se produit le plus souvent dès les premières années de la vie. Dans ces cas la période d'incubation est plus prolongée que lorsque l'infection se produit à l'âge adulte. Pas plus que Beringer n'avait pu le faire au terme de l'enquête menée en Mongolie buriatique, on n'a pu, au cours des travaux sur la S. E. de Bosnie, trouver de

rapports entre la gravité de la maladie, son développement et les données du liquide céphalo-rachidien.

L'observation de cas de syphilis cérébrale ne vient pas contredire la thèse de l'école de Glück. Parmi les cas relativement nombreux de syphilis cérébrale s'accompagnant de troubles pupillaires isolés il faut admettre que l'on a souvent affaire à de cas guéris. Il s'agit le plus souvent d'hommes de 20 à 40 ans. Chez les malades atteints de syphilis cérébrale on a observé 3 cas de convulsions épileptiques.

Pour conclure on peut dire que la S. E. de Bosnie présente les mêmes symptômes nerveux que la S. S.: paralysie progressive, tabo-paralysie, tabès sous ses formes aiguës, chroniques et frustes, différentes formes aiguës et chroniques de la syphilis vasculaire et méningo-vasculaire.

Dans certains cas de tabès on a observé des modifications tertiaires. Cela signifie que l'opposition entre les manifestations tertiaires et la syphilis parenchymateuse n'est pas si nette qu'on le prétend généralement. Il n'y a certainement aucune différence entre la S. E. et la S. S. en ce qui concerne les affections du système nerveux parenchymateux. On peut cependant remarquer que les formes atypiques frustes et stationnaires, qui d'après Lopašić sont dues à un facteur endémique, prédominent. Lopašić envisage, en effet, la possibilité d'une superinfection qui ne se produit pas dans les cas de S. S.

Vuletić a examiné biologiquement deux souches de spirochète endémique. Dans un cas il a injecté à un lapin des germes fournis par le sang d'un syphilitique endémique présentant un exanthème papuleux récent de la peau et des muqueuses. Dans le second cas il a inoculé à une souris des germes fournis par un condylome large d'un enfant. Les deux souches inoculées sons le scrotum d'un lapin ont provoqué après 2 et 3 passages des effets primaires typiques (voir fig. de la page 163) qui ont permis d'observer un grand nombre de spirochètes. Vuletić a donc été le premir à isoler la culture du spirochète de la S. E. de B. H. Il a prouvé que l'effet primaire obtenu après que l'on a inoculé à l'animal des matières infectieuses de l'homme est pratiquement le même qu'il s'agisse du spirochète de la S. E. ou de celui de la S. S.

Le tableau VII (page 176) donne un résumé général des manifestations syphilitiques dont il a été question.

On peut résumer les résultats des deux enquêtes dans les 3 points suivants:

1. Du point de vue de l'épidémiologie, les cas de syphilis congénitale mis à part, la S. S. de Bosnie se distingue de la S. S. en ce qu'elle se présente la plupart du temps comme une maladie infantile, qu'elle offre souvent un

type familial, que l'infection se fait généralement par voie extragénitale et qu'en conséquence l'effet primaire siège sur la lèvre ou dans la cavité buccale.

2. Du point de vue de la symptomatologie la S. E. de Bosnie ne se distingue pas de la S. S. Les manifestations viscérales et surtout les manifestations dans le système nerveux parenchymateux sont pratiquement les mêmes.

3. Il serait faux de voir dans le traitement la cause de l'augmentation des cas de syphilis viscérale et nerveuse (luès cérébrale, tabès, paralysie).

A GENERAL SURVEY OF SYPHILIS IN BOSNIA

Fr. Kogoj and A. Vuletić.

The problem of the endemic syphilis in Bosnia and Herzegovina has become particularly acute in the last decade as the consequence of a great campaign in 1927 against the endemic syphilis as a widespread disease of the people. However there were fears in connection with the theory of Willmanns that the endemic syphilis because of the modern therapy might lose its supposed »dermotropic« and »mild« characteristics and that it might get all the well known marked signs of the sporadic syphilis.

Since 1930. it has often been suggested (Vuletić, Kogoj, Dojmi etc.) that a scientific expedition should be organized in the areas infected by the endemic syphilis to study in details the clinic and epidemiology of the endemic syphilis and in that way to solve that problem. But, these plans have not been realized. In the year 1933 a congress of dermatovenerologists was held in Zagreb and the main subject under discussion was the endemic syphilis in Bosnia. Two opposed views concerning the character of the Bosnian endemic syphilis were discussed. While all the speakers on this subject still held the views of the A. Glück school, i. e. that the syphilis in Bosnia differs from the sporadic syphilis in not having the qualities of primary syphilis, the specific changes of the cardiovascular and other internal organs, and of parenchymatous nervous tissues, Vuletić, on the basis of his experience of 14.000 endemic syphilis cases asserted: »that there exists no difference in the selection of the attacked organs, and that in the case of endemic syphilis also all the phenomena of the sporadic syphilis, particularly the primary lesions and the diseases of the cardiovascular and other internal organs and of the parenchymatous nervous tissues (tabes, paralysis) to be found. Therefore »that there are no factors that could account for giving a special place to the endemic syphilis in the syphilidology, because all the differences, arising from the lack of systematic classification and unsatisfactory methods, are not of qualitative, but purely of quantitative character«.

Therefore the only solution left was to prove by a field survey undertaken by a group of specialists one or the other of the above mentioned opposing views.

The School of Public Health in Zagreb, that among other subjects has in its program to study national pathology, applied to the Rockefeller Foundation. On behalf of the School Vuletić organized this expedition. The School of Public Health asked for a cooperation the Medical Faculty in Zagreb, amongst the staff of which were chosen the required specialists.

The first study group consisted of the following specialists: prof. Fr. Kogoj and A. Vuletić in venerology, Vl. Franković in serology, prof. Lopašić in psychiatrics, lecturer Dragišić in pediatrics, lecturer A. Španić in ophtalmology, V. Bojić in internal medicine lecturer B. Gušić in otorhynolaryngology, Mrs. Plasaj in venerology for female patients. Besides these Lj. Popović as an expert in sociology, J. Rasuhin in social medicine, as well as the specialists in venerology from the area where the field work took place L. Dojmi and D. Orlić.

This survey was undertaken in the month of July 1934 in the center of the epidemic on Vlašić Mountain range (about 2.000 m above sealevel) and its slopes in the districts of Travnik and Bugojno, in the country difficult to access, where for the transport of equipment (X-Ray) and of staff horses had to be used. In the first survey 4.000 adults and children were examined, and amongst these 698 were found luetic.

The second study group consisted of only 3 members: prof. Kogoj, Vuletić and prof. Lopašić carrying out the field survey in September 1935 in the periphery of the endemic syphilis districts (Bihać and Cazin) to complete the results of the first survey. This survey lasted 8 days, and about 800 people were examined, 200 of these found luetic.

The social and economic conditions of the district of Travnik have been discribed by L. Popović. According to the data in 1933 more than half of the deaths occured in the first year after the birth. The birthrate of the population in this area which consists of Catholics, Mohammedans and Orthodox is very high (51,5‰); the death-rate amounts to 28,3‰; therefore the natural increase of the population is also very high (23.2‰). The causes of death are in general the infectious diseases.

The picture of the conditions of life and of the standard of civilization in these districts is very gloomy. There are villages where not a single man can write. In Gornji Vakuf only 11,4% are literate, the greatest number of them belonging to the town people. For more than 45.000 inhabitants there are about 18.000 hectars of arable land. The cattle and sheep breeding is the main occupation and there are 31.8 cattle, 58,4 sheep, 11,5 goats, 8,1 pigs and 11,2 horses (mainly packhorse) to 100 people in average. But there comes one guesthouse per 165 people, one school per 2815 people, and one house to seven persons.

The villages are dispersed and originally they consisted of family-groups. The houses are made of wood and usually have two partitions in all. One where the fireplace is and where the family lives, and the other covered inside with mortar or mud, where the people sleep. There are no beds. They all lie on the floor in their day clothes covered with rugs.

All their efforts in production are centered round the feeding of the family. Only an insignificant part of their products goes to market to procure the money for taxes and for the purchase of the objects the peasant himself is not able to produce. Those are in general petroleum, matches, shoes, spades, soap and certain parts of his clothings.

The main branch of the production is cattle-breeding which mainly supplies the needs of the family. Small quantities of cheese are taken to the towns for sale, but the merchants, who are also engaged in the production of cheese force them to sell cheeply. The peasants not being organized, have no means to sell their goods, except in the town itself, their only market. As their methods of production are primitive so are their ideas about economy in general. The peasant is not yet a link in the modern economic system.

As for agriculture the peasants cultivate certain kinds of cereals suited to great hights. These are oats, barley etc. They are ground in mills turned by streams. Barley flour is such that sharp parts of the husk remain even in bread.

The part that the banks play in their economic life is not encouraging. Some of them used to take 70% interest, and private usurers even up to 200%. Concerning expenditure for the support of the family, there is no plan. People live from hand to mouth according to the harvest. If the harvest is good, the surplus is not used for improving the standard of life, but for paying off the debts of the past years. The nourishment is very bad consisting mainly of bread made of oats or maize flour, more rarely of beans, cabbage, onion and dairy products. Meat is eaten only on most important holidays. Only in the valleys the wheat flour could be found.

In all their activities they are lacking in zest and enterprise. This is easily understood when the wage of a mower, the labourer considered as best paid, is 8 dinars a day with food. Otherwise all the work is done by the members of the family themselves.

The conditions of health and of mental attitude correspond to these economical conditions. Only the modern public health service, the influence of which has been felt even in this part of country, has shown some results.

Concerning the origin and the spreading of the endemic syphilis in Bosnia, as presented by D o j m i on the basis of the new historical documents, following conclusions may be drawn. The endemic syphilis was not introduced only by

the Turkish army in the 18-th century from the East, as has been generaly considered up to now. It can be traced back as far the 16-th century when the armies from the west began to invade Bosnia (Venetian army 1686, Eugen of Savoy 1697 having penetrated as far as Sarajevo; all through the 18-th and 19-th century Austrian armies made inroads into Bosnia). Thus it is most likely, that syphilis in Bosnia and Herzegovina has developed into endemic as a result of the invasions of different armies both from the East and from the West. The endemic syphilis in Bosnia and Herzegovina is therefore uniform neither in its origin nor in its duration. Therefore a logical connection cannot be established between symptomatology of the endemic syphilis and the supposed fresh explosive infection of lues in the 18-th century. People call their syphilis »frenjak« or »franca«, the word derived from the Turkish word »frenga illata« meaning »French disease«.

The maps on the page 45, 46 show the percentage of the infected population in different parts of Bosnia and Herzegovina from 1905 to 1911 and in the period between 1927 and 1933. The main endemic centers of the disease have remained the same in general: Fojnica, Zenica, Visoko, Gračanica, Travnik and Tuzla, that is to say high mountain places in central Bosnia difficult to access. The greatest rate of infection (1927—1933) is found in the district Fojnica 25·55%. On the Dojmi's table 1 the total number of the infected is 41.398 in the years 1905—1911; in the table 2 there are 73.790 infected in the years 1927—1933 out of the total number of the population which was 1,760.530 and out of the 483.153 examined. Concerning the total number of the infected there is only an apparent difference, since on the table 1 latent luetics were not considered (pre-Wasserman era). Even till the present day the total population in Bosnia and Herzegovina has not been surveyed, but still it can be approximately estimated that the number of luetics is about 100.000.

The question of the endemic syphilis in the case of children has been discussed by Dragišić. As the table 1 shows 935 children have been examined, out of them 160 found luetic (17%). Of these 59 (36%) cases with the symptoms of congenital lues, such as coryza syphilitica, pemphigus syphiliticus, osteochondritis, tumor lienis et hepatis, striae Parroti etc. In Anamnesis he has found cases of premature births, and stillborn children.

Dragišić describes 2 cases of primary lesions on the lower lip of an eight years old boy, and on the tonsils of a thirteen years old girl. Of the affects of the mucosa in the secondary period he found 7 cases of laryngitis luetica. The diagnosis of papuliferous changes of the labial mucosa, and condylomata lata was very frequent. The greatest number of papuliferous lesions was found in late infancy. Areolar alopecia syphilitica he found six times,

lesions of the mucosa 18 times altogether, disseminated exanthemata of the skin twice.

Lues latens was found in 80 cases. Manifest destructive gummatous bone lesions were found twice, and the saddle-nose 39 times. In 20% of the cases (32 children) he noticed syphilitic lesions on joints such as periostitis and ostitis luetica of both tibias. Typical Hutchinson's teeth were found rarely, but he noticed several different dental anomalies, which some authors consider as characteristic of lues. But as the number of rachitic children is very great (up to 83%), according to the opinion of Dragišić it is difficult to distinguish syphilitic malformed teeth from the rachitic ones. Dragišić does not oppose the opinions of the French authors about heredodystrophy and the frequent phenomena of congenital anomalies with syphilitic children, since he found them most often in those regions, where the rate of syphilitic infection of children was the largest. The very high infants mortality rate (40%) is due mostly to endemic syphilis.

On the basis of the analysis of these cases Dragišić concludes that there is no difference in symptomatology or in the course of the disease between the endemic and the sporadic syphilis. If the infection is not diaplacentar, the children get infected later in the extragenital way and in that case most frequently through the oral way. Therefore the endemic syphilis of children cannot be classed separately.

The chapter on epidemiology and on the manifestations of endemic syphilis on the skin, mucosa and bones in the case of adults has been worked out by Kogoj and Vuletić. They have proved that the epidemiology of the endemic lues is essentially different from that of the sporadic lues. If we leave aside congenital lues, we can say in the case of the endemic syphilis that the manner of infection usual with sporadic syphilis is exceptional with endemic syphilis and vice versa. In the case of endemic lues the infection is caused in most cases by extragenital and not genital contact. Therefore the primary local seat is nearly without exception on the lips or in the oral cavity. It is neccessary to emphasize this, because Glück with his school considered that the chief characteristics of Bosnian lues is the absence of the primary affect, because of the supposition that the infection takes place by the direct introduction of spirochaeta into the blood (syphilis d'emblée); it was supposed that the carrier were lice, bed bugs, flees, and perhaps scabiei too. As means of contamination by endemic syphilis there are direct ways of infection (different dishes, vessels), various objects, incision, tattooing, circumcision, smoking etc.) and the indirect ways (kissing, sucking, sexual intercourse). The most frequent case of infection is eating with the same spoons and drinking from the same

cup, which is nearly a rule with the peasants there. But for the other ways of the indirect infection, there are many examples according to the observations of local physicians.

A further trait of the endemic syphilis, is that it appears and develops mostly in childhood. From this point of view it is in the first place a children's disease. This epidemiologic fact has up to now not been emphasized sufficiently. It accounts for certain supposed characteristics of the endemic syphilis, which are however only superficial. So for instance it has been often stated that in the case of luetic females the premature childbearing and stillborn children were relatively rare, which is easy to account for, if we take into consideration that the mother was infected usually long before her sexual maturity. From epidemiology it might also be concluded that the endemic syphilis often appears as a family disease.

As it is seen from the table No. II. page 169 during the first fieldwork 3000 adluts were examined, and 530 found luetic. The rate of infection was highest among the Mohammedans. Though it is certain that the apsolute and the relative number of the luetics is highest among the Mohammedans, still the figures on that table do not show the exact percentage of the infection according to the religions, because the total population of the district where the survey was undertaken has not been examined. For the same reason the figures on the table III (page 170) have no significance in judging the percentage of the infected population in the above mentioned areas.

It is thanks to late Mrs. P l a s a j that a relatively great number of women were found suffering from lues. Mohammedan women would rarely accept to be examined by male physicians.

On the table No. IV (page 170) are represented in figures syphilitic manifestations of the primary, secondary and tertiary stage of the endemic syphilis of the skin, mucosa and bones, and lues latens of adults from the survey I.

In both surveys we have found four cases of primary lesions. Two of them were described, as it has been mentioned, by D r a g i š i ć and G u š i ć. The third and the fourth case we discovered during the second survey; it was the case of ulcerating tonsilar sclerosis of two children one of 12 and the other of 10 years of age. Besides that G u š i ć came across a number of residues after the primary affects. Two of them localized on the buccal mucosa, or better on the tongue, are described in details. All the established primary lesions and their residues were localized on the lip, or the oral cavity, which is with the endemic syphilis, as we have already mentioned, the natural porta invasionis. The explanation of the fact that the primary affects have been relatively rarely observed is that the primary seats were located on unusual places and so brought into connection with atypical or less well known symptoma-

tology (tonsils!); further by the fact that the infection takes places usually at an early age, and at that stage is not treated (the idea of treating anything as a disease in those parts only occurs when the disease has already developped) etc. A special effort should be made to discover the primary lesions. According to our findings as well as according to the data from literature, we conclude, that in the case of sporadic syphilis the seat of luetic infection is manifested in the same way as in the case of sporadic syphilis, regularly with the primary lesions, that are most usually localized in the mouth (if it is not congenital syphilis).

Of the secondary phenomena we have noted some early diseminated exanthemata and different phenomena of the relapse of the disease. The same is applicable to mucosa. We want to point out especially to indisputable cases of alopecia, and leukoderma, because the existence of these in the case of the endemic syphilis in Bosnia has been denied. Among the manifestations of the secondary stage on the bones in the form of periostitis of the tibia, we have included only the cases, where the symptoms of the secondary phenomena on the skin or mucosis were also found. The differences between the manifestations of the secondary stage in the case of the endemic syphilis and of the sporadic syphilis we have not been able to find.

Exactly 50% of the cases were found latent. This is the proof that the endemic lues in this stage is also very similar to the sporadic.

Nearly a fourth of all the examined luetics had a general scleradenitis, very often without all other manifest luetic symptoms.

Approximately one sixth of all the luetics (children and adults) showed the symptoms of the tertiary stage, some assuming the form of florid gummas, some of scars and that more often on the mucosa than on the skin. Tertiary syphilitic bone lesions (among these there have been included some cases of the late secondary manifestations) we have found 15 cases. Ostitis resp. periostitis lesions on tibias were discovered in all the cases (we took them into considerations only with adults). Neither in the tertiary stage we could ascertain any essential difference between the sporadic and the endemic syphilis.

On the basis of the collected findings we are able to assert that the symptomatology of the endemic syphilis of the skin, mucosa and bones is not essentially different from that of the corresponding phenomena in the case of the sporadic syphilis.

The serologic reactions of the endemic lues, Franković points out, are in no way different from those of the sporadic lues; i. e. the percentage of the positive and negative results in particular manifestations are analogous to those of the sporadic syphilis.

Otorhinolaryngologic investigation was done by G u š i ć; out of 496 luetics 136 (27.5%) had symptoms on the mucosa of the nose (that is certainly a great number). Some of his findings deserve a special attention. Thus in two cases of adults he found with a positive serologic reaction as the only symptom a syphilitic coryza. Twice he discovered in the respiratory region of the nose grayish papillalike infiltration — granular syphiloids of Ricord and Fournier. 90% of the syphilitic manifestations were tertiary. According to the observation the period required for the developement of the tertiary symptoms could not be fixed. For instance, in the case of an one year old child this period could not have been longer than six months (since the scar after the primary affect on the tonsil with the regional indolent somewhat enlarged glands was discovered).

Very frequent were gummatous infiltrations in the respiratory region of the nose, especialy was septum cartilagineum affected. In two cases infiltrations were noted on the conchae. With patients affected by the active tertiary symptoms the edematous mucosa on the nasal concha were noted. This specific rhinitis of the tertiary stage differs from that of the secondary in as much as the mucosa in the latter case is pale and the discharge purulent and strong. As the further stage of the luetic inflammation G u š i ć describes the hypertrophy of the papilla in the middle of the central concha. It is necessary to emphasize for the atrophy of the nasal mucosa, found in 11% of the examined cases, that the reaction of the mucosa to the syphilis infection was not specific. G u š i ć has not noted many cases of the specific lesions on the epipharynx. Far the most frequent were naturally syphilitic lesions of the secondary and tertiary stage in the mouth, mesopharynx and the palate. There were very many luetic secondary and tertiary lesions on the larynx: graver deformities due to perichondritis and vicious cicatrices, that would cause stenotic symptoms, were not found. In one case G u š i ć noted tumorous amyloidosis of the pharynx, developped on the basis of the luetic or paraluetic process on an old specific scar.

B o i ć, with the co-operation of an X-Ray specialist (R y b k i n) x-rayed 150 patients and took 35 photographs. In four cases (three at least of endemic origin) the diagnosis aortitis luetica was established. A fifth case of luetic mesaortitis with an endemic syphilitic was established also pathologically and anatomically in the case of a patient at the neurological clinic (vide L o p a š i ć). Besides that he found 12 dubious cases of aortitis. It cannot be denied that a relatively small number of cases of aortitis was found. It is much inferior to the number found in Buriatic Mongolia (111 certain, 81 possible out of 738 clinically examined and x-rayed). But we must point out, that at the very beginning of the expedition because of a defect on our portable X-Ray appa-

ratus, we were obliged to send the patients from the place of our work 20 to 30 km far to the hospital to be x-rayed, which many patients refused to do.

However on the basis of such findings as we have, we are able to assert that also mesaortitis appears in the endemic lues in Bosnia.

On the table No. V (page 173) are represented all the different optic disturbances with the endemics as found by Š p a n i ć. For our research it would be important to prove the parenchymatous keratitis in the endemic lues. Besides the one case arleady mentioned (D r a g i š i ć), Š p a n i ć has discovereed in the first survey two more cases; he mentions 3 cases, noted at the eye clinic, that are of endemic origin. There have been also established different syphilitic disturbances of the eye-lids, sclera, choroid and retina. Further Š p a n i ć found a relatively great number of tabic atrophy of the optic nerve, about two thirds of the cases during the survey, and the rest among the hospital patients infected with the endemic syphilis. Numerous very isolated pupilar disturbances were noted by Š p a n i ć and L o p a š i ć. (L o p a š i ć found in the first survey 11 cases less than Š p a n i ć, but the difference in figures arises from the fact that all the patients did not go to be examined by all the physicians during the survey.

According to his findings Š p a n i ć concludes that the endemic syphilis in Bosnia affects the eye in the same way as the sporadic syphilis.

The table No. VI (page 173), showing the L o p a š i ć's findings concerning the central nervous system of endemic luetics, is very instructive. It shows that the variety of phenomena of the nervous system syphilis in the infected areas is by no means inferior to the variety of phenomena of the sporadic syphilis. According to the findings of L o p a š i ć, the existence of parenchymatous nervous syphilis with endemic luetics is beyond dispute. These findings are still more valuable being the result of two surveys carried out in two different and distant regions, and completed by 6 cases, which were during a considerable time under observation in the Zagreb neurological clinic. The diagnosis of one of these cases was confirmed by pathological and anatomical examination.

In the first survey 1546 men were examined by a specialist in neurology and psychiatry. Of these 162 were examined in detail, whereas the spinal fluid was examined in 43 cases. Out of the above mentioned 162 cases Lopašić has used 72 for this work. In the second survey 100 men were examined, 31 of whom in detail, and the spinal fluid was analysed in 29 cases. As shown in the table above there have been found in the field area two cases of progressive paralysis and two cases of taboparalysis and at the Clinic of Neurology in Zagreb one case. The period of latency corresponds approximately to that of the sporadic syphilis. We should like to point out particularly that none of these 5 cases was previously treated. In none of these cases traces of tertiary lesions were found.

Lopašić has found 17 evident cases of tabes in the areas of endemic lues, and 5 cases in the clinic. From these cases 6 were not previously treated at all, whereas 4 persons undertook a treatment only after symptoms of tabes appeared. In 12 cases the treatment was undertaken before the symptoms of tabes were noted, but usually it was not carried out regularly. Of these one case has to be particulary mentioned. That is the case of a 13 years old child with tabes, which corresponded to the typical clinical description of the disease (non-reaction of pupils, non-reflection, atrophy of the optic nerve). Of the 12 cases of rudimentary atypical tabes 10 were not attended to at all, whereas 2 cases have been treated regularly. Those cases for which it was not sure whether they were to be considered as a cured cerebral syphilis or a very mild rudimentary and stationary tabes, Lopašić has included in the group of doubtful tabes cases. 38% of Lopašić's patients suffered from very vigorous and frequent headaches during night, which might be due to a subacute or chronic meningitis process of luetic origin. Lopašić does not consider the number of rudimentary forms of tabes of endemic syphilis as characteristic of it, because it has been lately proved that these symptoms are often found also in the case of sporadic syphilis.

There have been found: 86% resp. 85% cases usually of extinct or weakened reflexes of patellar resp. Achilles cords in the symptomatical complex of tabes; 85% cases of pupil disturbances; 78% cases of a slow pupilar reaction on one or both eyes; 37% cases of lancinating pains; 25% cases of gen. atrophia nervi optici; 25% cases of Argyll-Robertson. The lumbodorsal type of disease is prevailing. In 15% cases besides the symptoms of tabes there have been found also gummatous scars, which were formed partly before the first symptoms of tabes and partly during the slow development of it. On the average the time when the first symptoms of the tabes appear is about the age of 30 and 35. This fact confirms our opinion that the infection takes place often at an early age, in which case, as it is generally considered, the incubation lasts longer as compared with the infection incurred during the maturity. There cannot be found in the case of endemic lues in Bosnia any correlation between the gravity of the disease, its course and the finds in spinal fluid. The same phenomena have been noticed by Beringer in Buriatic Mongolia.

The existence of lues cerebri has not been denied by the Glück's school either. Of a relatively large number of cases of lues cerebri, which is accompanied by isolated disturbances of the pupillae many are probably due to the imperfectly cured cases, found mostly with young (21 to 40 years old) men. Among the cases of lues cerebri there have been found 3 cases with epileptic convulsions.

Finally it is possible to assert that the manifestations of the endemic syphilis in Bosnia within the nervous system are the same as those of the sporadic syphilis, viz.: progressive paralysis, taboparalysis, acute and chronic forms of tabes from most manifest to most rudimentary cases, and different acute and chronic forms of meningeal-vascular and vascular syphilis.

As there have been also found tertiary lesions with the cases of tabes, we should come to the conclusion that there is not such an obvious antagonism between tertiary manifestations and nervous parenchymatous syphilis, as it is usually believed. On the whole, as regards the affection of the parenchymatous nervous system there is no difference between the endemic and sporadic syphilis. However it might be mentioned that there are many atypical rudimentary and stationary forms, which, according to Lopašić, depend upon a special endemic factor. One component of this factor are probably the frequent superinfections with the sporadic syphilis.

Biological experiments with strains of endemic spirochaeta have been carried out by Vuletić. He isolated on rabbits one strain taken from blood of an endemic syphilitic with fresh papulous exanthem of the skin and mucous membranae. Another strain taken from condylomata lata of a boy was isolated on mice. Both strains, inoculated subscrotal on rabbits, produced in the 2nd resp. 3rd passage typical primary lesions (see picture on page 163, 164) with a large number of spirochaetae. Consequently, Vuletić was the first to isolate the strain of Bosnian spirochaeta of endemic lues, and he has ascertained experimentally that there is no difference between endemic and sporadic spirochaeta as regards the primary lesions on animals inoculated with fresh infective material taken from human patients.

On the table No. VII (page 176) luetic manifestations of all cases which we have taken into consideration are clearly shown.

The results of our two field surveys can be summarized in the following 3 items:

1. The epidemiological difference between the endemic syphilis in Bosnia and the sporadic syphilis consists in the fact, that the former is mainly a children disease; further, that it is often of a family type, and that the infection is aquired nearly always in the extragenital way, accompanied by a primary lesions on the lips and in the oral cavity respectively, with exception, of course, of congenital syphilis.

2. The symptomatology of the endemic syphilis is the same as that of the sporadic syphilis. In both there

is no difference as regards the appearance of visceral syphilis, and still less as regards the appearance of syphilis of the parenchymatous nervous system.

3. There is no causal connection between the medical treatement and the development of visceral and nervous syphilis (lues cerebri, tabes, paralysis), as most of our cases have not been treated at all.

LITERATURA O ENDEMIJSKOM SIFILISU U BOSNI I HERCEGOVINI.

Sastavili

Br. Gušić, Fr. Kogoj i A. Vuletić.

Kako su mnoge radnje, koje se odnose na endemijski sifilis u Bosni i Hercegovini starijeg datuma i teško pristupačne, to vjerojatno ovaj popis radova nije potpun. Kako neke radove nijesmo mogli čitati niti u originalu niti u referatu, to moramo prepustiti odgovornost za podatke o njihovom izvoru i mjestu publikacije autorima, iz kojih smo te podatke crpli. Literaturu o t. zv. Škrljevu nijesmo ovdje uvrstili.

W. Blatt: Klinische Erfahrungen über spätluetische Augenhintergrunderkrangungen in Bosnien. Arch. f. Ophtalm. 1921, Bd. 104. Ref. Derm. Ztschr. 1927, Bd. 38, p. 239.

Bosansko-Hercegovačka Vlada: Izvještaj o suzbijanju endemijskog sifilisa. Sarajevo 1911. (Tisak Foglera i dr.)

Delić i Grin: Koštani i zglobni lues kod endemijskog luesa u Bosni. Škola Narodnog Zdravlja u Zagrebu, 1936.

Dojmi L.: a) Problemi endemijskog sifilisa. Rad Soc. med. ustanova u Tuzli 1923—27. Tisak Narodne novine Zagreb, 1928.

b) Rad na suzbijanju endemijskog sifilisa u Tuzlanskoj oblasti u god. 1927—1928. »Srpski Arhiv« 1929, sv. 12.

c) Kako da liječimo endemijski sifilis u Bosni i Hercegovini i što ćemo postići tim liječenjem? »Liječnički Vjesnik« 1931, br. 9.

d) Raširenost endemijskog sifilisa u Bosni i Hercegovini. »Glasnik C. H. Zavoda«, knjiga XIV, sv. 4—6, 1932.

e) Prilog upoznavanju porijekla endemijskog sifilisa u Bosni i Hercegovini. »Med. Farmaceutska Pošta«, 1935, br. 5.

f) Porijeklo i proširenost endemijskog sifilisa. »Jugoslavenski List« 1936.

g) Slučaj atrichije sa hipoplazijom zubi i testikula uslijed kongenitalnog luesa. »Med. Farmaceutska Pošta« 1938, br. 9.

v. Düring E.: Studien über endemische und hereditäre Syphilis. Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 61, p. 3—32 i 357—450. 1902. Ref. Monath. f. prakt. Dermat. Bd. 35, p. 239—240 i 291—293 i Dermat. Zentralbl. Bd. 6, p. 82. 1902—1903.

Fleger: a) Opći razlozi kliničkih osobina endemijskog sifilisa u Bosni i Hercegovini, »Srpski Arhiv 1928, 5.

b) O promjenama kičmene tečnosti kod endemijskog sifilisa u Bosni i Hercegovini. »Med. Pregled« 1926, br. 5.

c) Pitanje inicijalnih skleroza s obzirom na mehanizam zaraze kod endemijskog sifilisa u Bosni i Hercegovini. »Med. Pregled« 1929, br. 1.

d) Kliničke manifestacije endemijskog sifilisa u Bosni i Hercegovini. V. kongres »Jug. dermato-venerološkog društva« 1933, Zagreb.

Glück, Leopol: a) Beiträge zur Kenntnis der Syphilis in Bosnien und der Herzegowina. Wien. med. Presse 1888. Nr. 27-28. Ref. Monatsh. f. prakt. Dermatol. Bd. 7, p. 780, 1888 i Vierteljahrschr. d. Dermatol. u. Syph. Bd. 20, p. 982-983, 1888.

d) Przeglad lekarski 1888, Nr. 15. Ref. Vierteljahrschr. f. Dermatol. u. Syph. Bd. 19, p. 1132-1133, 1888.

c) Über das Alter, den Ursprung nud die Benennung der Syphilis in Bosnien und Herzegowina Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 21, p. 347-352, 1889.

d) Über die landesübliche Behandlung der Syphilis in Bosnien und Herzegowina. Verhandl. d. l. Kongr. d. dtsch. dermatol. Ges. Prag 1889, p. 311-314.

e) Tabes dorsalis und Syphilis. Wien med. Woch. 1896, Nr. 7. Ref. Monatsh. f. prakt. Dermatol. Bd. 23, p. 314-315. 1896.

f) Zur Statistik der erworbenen Syphilis bei Kindern und jugendlichen Personen. Wien. med. Woch. 1898, Nr. 49. Zit. nach Zechmeister.

g) Mitteilungen aus der Abteilung für Syphilis- u. Hautkranke des bosnisch-herzegowischen Landesspital in Sarajevo. Wien. 1898 J. Šafař. Ref. Monatsh. f. prakt. Dermatol. Bd. 17, p. 466-467, 1898 i Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 52, p. 156, 1901.

h) Prostituion et maladies vénériennes en Bosnie et Hercegovine. Enquêtes sur l'état de la prostitution et la freqence de la syphilis et des maladies vénériennes. Cpt. rend. de la coonférence internationale pour le prophylaxe des maladies vénériennes à Bruxelles 1899, Tome 1, p. 310. Zit. nach Zechmeister u. v. Düring.

i) Mitteilungen aus der Abteilung für Syphilis- und Hautkranke des bosnisch-herzegowinischen Landesspitales in Sarajevo 1897-1900. Sarajevo. 1903. Landesdruckerei Ref. Dermatol. Centralbl. Bd. 7, 110-111.

k) Über die Bekämpfung der Volkssyphilis in Bosnien und der Herzegowina. Verhandl. d. 8 Kongr. dtsch. dermat. Ges. in Sarajevo. Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 72, p. 99-102. 1904. Ref. Dermatol. Centralbl. Bd. 7, p. 60. u. Monatsh. f. prakt. Dermatol. Bd. 37, p. 386-387. 1903.

l) Wien. med. Presse 1903, Nr. 42. Ref. Monatsh. f. prakt. Dermatol. Bd. 39, p 294-295, 1904.

m) Zur Kenntnis der klinischen Eigentümlichkeiten der sog. endemischen Syphilis. Verhandl. d. 8. Kongr. d. dsch. dermatol. Ges. in Sarajevo 1903. Arch. f. Dermatol. u. Syph. Bd. 72, S. 103-109. 1904.

n) Zur Charakteristik der erworbenen rezenten Syphilis des Kindes. Wien. Med. Woch. 1905, Nr. 43. Ref. Arch. f. Dermatol. u. Syph. Bd. 81, p. 466, 1906. u Monatsh. f. prakt. Dermat. Bd. 43, p. 138-139. 1906.

Glück Alexander: Über die klinischen Eigentümlichkeiten der endemischen Syphilis in Bosnien. Verh. d. 12. Kongr. d. dtsch. dermat. Ges. in Hamburg 1921. Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 138, p. 214, 1922.

Gonder R.: Beobachtungen über die endemische Lues in Bosnien. Arb. a. d. Kaiserl. Gesundheitsamte 1908, H. 14, p. 139. Ref. Dermatol. Centralbl. Bd. 11, p. 238-239.

Grin, E. I.: a) Primarni afekt kod endem. sifilisa u Bosni Liječn. Vjesnik 1928, br. 11.

b) Endem. sifilis u Bihaćkoj oblasti. Glas. Centr. Hig. Zav. 1929, VIII, sv. 1-6. 1929.

c) Endemic Syphilis in Bosnia and Herzegovina. A Contribution on the relationship between Yaws, Endemic and Sporadic Syphilis. The Urolog. and Cutan. Review, July, 1935.

d) Može li se endem. sifilis u Bosni i Hercegovini u dogledno vrijeme stvarno suzbiti i na koji način. Soc. med. pregl. IX, 1937.
e) Epedimiologija endem. sifilisa u Bosni. Soc. med. pregl. IX, 1937.
f) Obiteljski tip endem. sifilisa u Bosni. Liječn. Vjesn. br. 3, 1938.
g) Značenje serološke reakcije za patologiju endemijskog sifilisa. Liječn. Vjesn. 1939, p. 230.

Grön: Syphilis Endemien: J. Jadassohnov Handbuch d. Haut- u. Geschlechtskrk. Bd. XVII-3, p. 285, 1928.

Hecht: Endemische Syphilis. Finger-Jadassohn-Ehrmann-Gross, Handb. d. Geschlechtskrkh. Bd. III-3, p. 2350, 1916.

Hödlmoser: a) Über Tabes und Syphilis in Bosnien und der Herzegowina. Verhand. d. 8. Kognr. d. dtsch. dermatol. Ges. 1903. Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 72, p. 111-113, 1904. Ref. Dermatol. Centralbl. Bd. 7, S. 61.
b) Tabes u. Syphilis mit besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse von Bosnien und der Herzegowina Wien. klin. Rundschau 1904, Nr. 13-15. Ref. Monatsh. f. prakt. Dermatol. Bd. 39, p. 611, 1904. u. Arch. f. Dermatol. u. Syph. Bd. 75, p. 145, 1905.

Kaunitz: (Higijenski Zavod Sarajevo): Izvještaj o radu Zavoda od 1933-36.

Kobier: cit. Zechmeister i L. Glück.

Koetschet: a) Die progressive Paralyse und die Syphilis mit Berücksichtigung der diesbezüglichen Verhältnisse in Bosnien und der Herzegowina. Verhadl. d. 8. Kongr. d. dtsch. dermat. Ges. 1903. Arch. d. Dermatol. u. Syph. Bd. 72, p. 109, 1904.
b) Progressive Paralyse und Syphilis mit Berücksichtigung der in Bosnien und der Herzegowina gesammelten Erfahrungen. Wien med. Woch. 1904, Nr. 24-26. Ref. Monatsh. f. prakt. Dermatol. Bd. 40, p. 112.

Kogoj: Naš endemski sifilis i njegovo liječenje. Liječn. Vjesnik 1932, p. 1.

Krajewski:: Jahresbericht der Amtsärztin Th. K. in Sarajevo für das Jahr 1902. Wien. med. Woch. 1903, Nr. 38. Ref. Monatsh. f. prakt. Drmatol. Bd. 38, p. 113. 1904.

Näcke P.: Syphilis u. Dementia paralytica in Bosnien. Neurol Zentralbl. 1906, Nr. 4, p. 157. Ref. Dermatol. Centralbl. Bd. 9, p. 249 u. Arch. f. Dermatol. u. Syph. Bd. 83. p. 475, 1907.

Nešković M.: a) Izvještaj o radu besplatne Drž. ambulante, Srpski Arhiv 1929, sv. 12.
d) Rad socijalno-medicinskih ustanova u Tuzli u god. 1923-1927.
c) Rezultat sistematskog dugogodišnjeg rada na suzbijanju endem. sifilisa u bivšoj tuzlanskoj oblasti. Ref. na II. kongr. Jugoslav. dermatovener. društva u Beogradu 27., 28 i 29. VI. 1931.

Neumann: Über endemische Syphilis der Gegenwart. Wien med. Presse 1901. Nr. 1 u. 2.

Sielski (Dom nar. zdravlja Bihać): Izvještaj o radu na suzbijanju sifilisa od 1933-1936.

Sigmund C. L. Untersuchungen über die Skerljevo-Seuche und einige damit verglichene Krankheitsformen. Zeitschrft. d. k. k. Ges. d. Aerzte zu Wien 1855, p. 32, 87, 142.

Slovinić: (Ambulanta za kožne i vener. bolesti Mostar): Izvještaji o radu 1933-1936.

Stopa K.: Nekoliko razmatranja o endemičkom sifilisu. Srpski Arhiv 1930 p. 461.

Syphilis-Tilgungsaktion in Bosnien und der Herzegowina: Wien. klin. Rundschau 1912, Nr. 31-35.

Vuletić A.: a) Izvještaj o radu Doma nar. zdravlja u Travniku. Socijalno-medicinski Pregled 1930, br. 5.

b) Odnos endem. sifilisa prema sporadičnom i eksperimentalnom. Med. Pregled 1933. br. 11.

Vujičić (Higijenski Zavod Banja-Luka): Izvještaj o radu na suzbijauju sifilisa od 1933-1936.

Wodynski: Über Sektionsbefunde bei Luetischen. Verhandl. d. 8. Kognr. d. deutsch. dermatol. Ges. in Sarajevo. 1903. Arch. f. Dermatol. u. Syph. Bd. 72, p. 112-113. 1904.

Zakarija (Dom nar. zdravlja Livno): Izvještaj o radu na suzbijanju endem. sifilisa 1933-1936.

Zechmeister: Über die endemischee Syphilis in Dalmatien und im Westlichen Kroatien. Ein Schlusswort zur sog. Skerljevofrage Wien. 1903. Hölder.

Zeissl H.: Lehrbuch der Syphilis Bd. 2, p. 306. Stuttgart 1875. Enke.

»TIPOGRAFIJA« D. D., ZAGREB.